

# Cerrahi Birimler ile İnfeksiyon Kontrol Ekibi İletişimi: Beklentiler, Sorunlar

# Bu makale, 1-4 Kasım 2001 tarihinde Pamukkale'de düzenlenen "Hastane İnfeksiyonları Eğitim Programı 2001" başlıklı toplantının tartışma oturumunun metin haline getirilmiş şeklidir.

**Oturum Başkanı: Dr. Atilla ENGİN**

**Tartışmacılar:**

**Hmş. Sabiha AKDENİZ**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
İnfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Ankara.

**Dr. Semih AYDINTUĞ**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara.

**Dr. Jale AYTAÇ**

Şişli Etfal Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Servisi, Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul.

**Dr. Nahit ÇAKAR**

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul.

**Dr. Elvin DİNÇ**

SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi Başhekimliği, İstanbul.

**Dr. Murat GÜNAYDIN**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun.

**Hmş. Hamiyet IŞIK**

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İnfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Ankara.

**Dr. Gökhan İÇÖZ**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir.

**Dr. Sadık KILIÇTURGAY**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa.

**Hmş. Fatma Türkan ÖZÇELİK**

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,  
İnfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Antalya.

**Oturum Başkanı Dr. Atilla ENGİN:** Değerli arkadaşlarım, bu grup, herhalde kolay kolay rastlanacak bir grup değil. Tartışmacıların hepsi, kendi dallarında hastane infeksiyonları bakımından deneyimleri olan ve bu alanda karşılaştıkları muhtelif sorunlara çözüm üretmek için çaba göstermiş kişiler. İsimlerini, önlerindeki tanıtım levhalarında görüyorsunuz, muhtelif dallara mensup, muhtelif merkezlerden katılan ve hastane infeksiyonlarının denetim veya yönetiminde görev alan kişilerdir.

Değerli katılımcılar, bu toplantının temel amacı, hastane infeksiyonlarını ilgilendiren alanlarda eğitim olduğu için, öncelikle mevcut durumun değerlendirilmesinin yararlı olacağını düşünüyorum.

Hastane infeksiyonu, birçok yerde kısaca, hastanın hastaneye yatışında varolmayan ve inkübasyon süresi hastanın yatış tarihini içermeyen infeksiyonlar olarak tarif edilmektedir. Son 10 yılda Türkiye'de bu konuda çıkan yayınlara global olarak baktığımızda; bütün teknolojik yaklaşımlara rağmen, ülkemizde hastane infeksiyon hızında önemli bir azalma olmamıştır diyebiliriz. Dünya, hastane infeksiyonlarının kontrolü bakımından Amerika grubu ve Avrupa grubu olmak üzere 2'ye ayrılıyor. Bizim de içinde yer almaya çalıştığımız Avrupa topluluğunda bu konuda önemli gelişmeler mevcut. Onlar, bizim birkaç adım ötemizde; ama, hala toparlanmaya çalışan çok sayıda merkezleri var.

Türkiye’de bazı merkezlerde hastane infeksiyon hızında azalma olduğunu ifade eden rakamlara rastlıyoruz. Bunlar, bana göre, yetersiz süreyans verileri sebebiyle ortaya çıkan oranlardır.

Hastane ortamında sistemli bir eğitim programı yoksa, usta-çırak ilişkisiyle aktarılan beceriler, bilimsel yaklaşımlarla değiştirilmeye çalışıldığında büyük bir dirençle karşılaşmaktadır. Bu durum ise, infeksiyon kontrol programının 3 işlevinde sorun yaratmaktadır. Birincisi, düzgün bir süreyans sisteminin geliştirilmesini engellemektedir. İkincisi, hastane infeksiyonlarının riskini azaltıcı yöntem ve politikaların gelişmesini engellemektedir. Üçüncüsü ise hastane infeksiyonu konusunda bilgilendirme ve eğitim gibi işlevlerde önemli aksamalara yol açmaktadır.

Değişime dirençli disiplinler, infeksiyon kontrol komitelerine tepki göstermekte ve olay, eksik bir takım verilerin toplanmasından ileri gidememektedir. Buna ilaveten, düzenli hasta dosya kayıtlarının olmayışı, düzenli günlük progreslerin tutulmaması sağlıklı veri toplanmasında da sorun olmaktadır.

Bugün Türkiye’de, maddi boyutlarda hastane infeksiyonlarının sebep olduğu gerçekler hasta yatış günü ve ekonomik kayıplar açısından birçok merkezde hesaplanmıştır. Hastane infeksiyonları nedeniyle ek yatış süresinin, 4 ile 33.5 gün, ortalama 12 gün, ek mortalitenin ise %4 ile 33 olduğu birçok kaynakta belirtilmektedir. Maliyet hesapları dolar bazında hasta başına yaklaşık ortalama 1800 dolar ek harcamanın yapıldığını ortaya koymuştur. Bu konuda çok net rakamlar, 2000 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi’nde belirlenmiş olup, hastane infeksiyonlarının hasta başına 10 gün ek yatış süresine, 2000 yılı birimlerine göre 550 milyon TL ek harcamaya sebep olduğu bildirilmiştir.

Türkiye’den yayınlanan kaynaklara göre; cerrahi bölümlerde infeksiyon kontrolünde başlıca 5 sorun karşımıza çıkmaktadır. Birincisi, bütçe yetersizliği; ikincisi, çoğul dirençli bakteriler; üçüncüsü, denetimsiz antibiyotik kullanımı; dördüncüsü, sağlık personeli yetersizliği veya bunların yetersiz eğitimi; beşincisi ise hastaların, yasal haklarını bilmemeleri. Bunlar aynı zamanda hastane infeksiyon kontrol programlarının başarısını engelleyen başlıca sorunlar olarak da ifade edilebilir. 1997 senesinde, şu andaki panel konusunun ele alındığı ve araştırıldığı, Dr. ARMAN tarafından 28 merkezi içine alan bir çalışma dik-

katimi çekti. Bu araştırmada, cerrahi bölümlerle infeksiyon kontrol komitesi arasında %60.7 oranında işbirliği sorununun olduğu ifade edilmektedir. Avrupa ülkelerinden İspanya’da 2001 yılında yapılan bir çalışmada sadece gereksiz kemoprofilaksinin azaltılması ile nozokomiyal infeksiyon sebebiyle yatak işgallerinin 1000 hasta yatış günü başına 18.4’ten 14’e düştüğü tespit edilmiştir. SENIC indeksi kullanılarak bu sorun çözülmeye çalışılıyor. Tabii, bu da bir konsensus olayıdır.

Ülkemizde, sorunun temelinde yer alan ve mutlaka gerçekleştirilmesi gereken bazı hususlar var, onları da belirtmemiz lazım. Ülkemizde genel sağlık sigortasının olmaması, Avrupa ve Amerika’da infeksiyon kontrol programlarının gelişmesinde hızlandırıcı bir faktör olarak rol oynadığı bilinen yasal baskıların, bizde devreye girememesi ile sonuçlanmaktadır. Yasa ve yönetmeliklerle yaptırım sağlanamadığına göre; cerrahi bölümlerle infeksiyon kontrol ekibinin iletişimde konsensusu etkileyen sorunları tamamen iyiniyet çerçevesi içinde çözme zorunluluğu ortaya çıkmaktadır.

Genelde, Türkiye’de sağlık alanında bir sorun ortaya çıktığı zaman iki önemli noktayı gözönüne almak lazım;

1. Yasal faktörler ve prosedürler bu sorunla nasıl bir ilişki içindedir.

2. Bu konuda yasal prosedürler geride kaldıysa, toplum dinamiği daha ileri gittiye ki bu durum, ülkemizde birçok alanda sık rastlanmaktadır, merkezi sağlık otoritesi statik fazda kaldıysa, o zaman, acaba, buna, sivil toplum örgütleri ne şekilde yaklaşmıştır. Bu iki noktaya özellikle dikkatinizi çekmek istiyorum.

Türkiye’de merkezi sağlık otoritesi, yataklı tedavi kurumları hizmet yönetmeliği içinde işlevleri belirlenmiş bir hastane infeksiyon kontrol komitesi önermiştir ve bunun ne şekilde işleyeceği, kimlerden müteşekkil olacağı, neler yapacağı yönetmelikle tespit edilmiştir. Ancak, “uygulamada güncelleştirilip, toplumda kabul görüp, bu prosedürler yönetmeliklerdeki gibi işlenmiş mi?” işlememiş; çünkü, hala biz bunu tartışıyoruz. Şayet düzgün işlemiş olsaydı, bu toplantının nedeni ortadan kalkardı.

Diğer konu, merkezi sağlık otoritesi hastane infeksiyonlarının kontrolü konusunda statik kaldığına göre ya da dinamizmini kazanıp, gereksi-

ni mlere göre olaya bakışını yenileyip, toplumun önüne geçme çabasında olmadığına göre, o zaman, bir Hastane İnfeksiyonları Derneği ortaya çıkmış ve bu dernek, bir sivil toplum örgütü olarak merkezi sağlık otoritesinin hastane infeksiyonlarının kontrolü konusundaki işlevlerini üzerine almaya veya yasal sorumluyu uyardırmaya çalışmış ve şu anda gördüğünüz eğitim toplantısını düzenlemiştir.

Bu tartışacağımız konuda özetle; varlar ve yoklar nelerdir; **yasal güvence yok**: Sporadik bir takım özel sağlık sigortalarnın dışında genel sistemi kapsayan bir yasal güvence sözkonusu değil. Buna ilaveten, dünyada bu tip olaylara yön veren sivil toplum örgütlerinin, yasal sistemler içinde yer alarak yetkili biçimde kılavuz geliştirmesi imkanı yok, **kılavuz yok**. Dolayısıyla, bu iki düzenleme olmadığına göre toplum, kendi dinamiği içinde ve kendi kendine bu sorunları çözmek için uğraşmaktadır. Sonuçta ortaya çıkan ciddi sorun, bir otorite boşluğu ve herkesin kendi yolunu kendi bulma çabası olmaktadır. Doğal olarak, böyle bir ortam, bu tip sorunların konuşulması, tartışılması, sonunda bir konsensusa varılması prosedüründe büyük güçlük yaratmaktadır.

Yukarıda koşullarını belirlediğimiz platformda, cerrahi bölümler ile infeksiyon kontrol ekibi iletişimi konusunda, acaba, bu tartışmaya katılan değerli arkadaşlarımız ne düşünüyorlar. Kendilerine, programdaki alfabetik sıraya göre söz vereceğim.

Tartışmacılar, önce sorun olarak düşündükleri noktaları ortaya koyacaklar, sonra siz, değerli toplantı katılımcıları olarak bu sorunlara, eksik gördüğünüz noktalarda neler ilave edeceksiniz, onlar da ortaya konacak, daha sonra da tartışmacılarımız, ortaya çıkan tüm sorunlara çözüm önerileri olarak neler düşünüyorlar ve öneriyorlar, hep birlikte bunları öğreneceğiz ve sonunda tartışma bütün katılımcılara açılmış olacak.

Şimdi, öncelikle, sayın AKDENİZ'den başlıyorum. Bugün, toplantı konusu olarak önümüze gelen cerrahi grupla infeksiyon kontrol komitesi iletişimi bakımından, sizin sorun olarak düşündüğünüz noktalar neler?

**Hmş. Sabiha AKDENİZ:** Teşekkürler sayın Başkan. Değerli katılımcılar, infeksiyon kontrol komitesi ve cerrahi ekip iletişimini etkileyen faktörlerden bahsetmeden önce, aşağıdaki ifa-

delerin şahsıma ait olmadığını öncelikle belirtmek istiyorum. Cerrahi birimde hekim arkadaşlardan gelen tanımları belirterek sözlerime başlamak istiyorum.

“Bizden daha iyi bildiğinizi mi sanıyorsunuz”, “Ben bilirim”, “Sterilizasyonu, cerrahi infeksiyonları sizden öğrenmeyeceğiz herhalde” Bu ifadelerden de görüldüğü gibi ekip iletişimini etkileyen en önemli sorunlardan birisi, cerrahi ekibin infeksiyon kontrol ekibine bakış açısı önemli derecede rol oynamaktadır.

Ekip iletişimini etkileyen faktörleri başlıca 3 ana başlıkta toplamak istiyorum.

1. Cerrahi ekip üyelerinden kaynaklanan sorunlar,
2. İnfeksiyon kontrol komitelerinden kaynaklanan sorunlar,
3. Hastane yönetiminden kaynaklanan sorunlar.

Cerrahi birimlerde görevli hekim arkadaşlardan aldığım tanımlar “bizim iç işlerimize müdahale ediyorsunuz” yani, infeksiyon kontrol komitelerinde çalışan veya infeksiyon kontrol gruplarında çalışan insanların, cerrahi anabilim dallarının iç işlerine müdahale edildiği düşüncesi yaygın. Bakış açısı böyle olduğu sürece cerrahi ekip üyeleri ile iletişim kurmak oldukça zor olmaktadır.

İnfeksiyon kontrol önlemleri, cerrahi birimler tarafından yeterince önemsenmemektedir. Bunu açacak olursak, cerrahi anabilim dallarında çalışan hekimler, özellikle ameliyathane ortamı olarak düşünülürse, cerrahi tekniklerin dışında infeksiyon kontrol önlemlerinin temeli olan sterilizasyon ve cerrahi asepsi ilkeleri ana başlıklarını yalnızca cerrahların daha iyi bileceğini, infeksiyon kontrol birimlerinde çalışan görevlilerin bunu çok iyi anlatamayacağını düşünmektedirler. “Ameliyathane sterildir” anlayışı işleri daha da zorlaştırmaktadır. Kısacası cerrahlar, cerrahi tekniklerin dışındaki gelişmelere hem ameliyathane hem de klinik ortamda kapalı gibi görünmektedirler.

İnfeksiyon kontrol komitelerinden kaynaklanan sorunları, temelde örgütlenmedeki hatalar olarak değerlendirmek mümkün. “Yalnızca komite olsun ama çalışmasa da olur” anlayışının bazı kurumlarda yaygın olması, infeksiyon kontrol komitesinde çalışacak üyelerin seçimindeki hatalar olarak açabiliriz. İnfeksiyon kontrolünün önemini hissetmeden -çok kavramadan demek istemiyorum-

rum- ama yalnızca komite üyesi olsun diye cerrahi veya dahili anabilim dallarından üyelerin seçilmesi etkin çalışmayı engelleyen çok önemli bir unsurdur. İnfeksiyon kontrolünün önemini kavramış insanların seçimine dikkat edilmemesi, infeksiyon kontrol hemşiresinin seçimindeki hatalar, yine cerrahi ekip iletişimini etkileyen faktörlerin başında gelmektedir.

Üçüncü ana başlığım da, yönetimden kaynaklanan sorunlar. Yönetim desteğinin yeterince alınmaması, belki de komitelerin, infeksiyon kontrol önlem ve kavramını yeterince yönetime anlatamaması veya yönetimden komiteye seçilen üyelerin bu işi yeterince önemsememesi, infeksiyon kontrolünde cerrahi ekip iletişimini etkileyen temel faktörler olarak düşünüyorum.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. İkinci konuşmacımız sayın AYDINTUĞ.

**Dr. Semih AYDINTUĞ:** Değişik bir pozisyonum var, yakın zamana kadar infeksiyon kontrol komitesinin başkanıydım, görevi bıraktım; bırakmam, biraz umduğum sonuçları alamamakla alakalı, yani hepimizin bildiği sorunları çözmekle alakalı.

İnfeksiyon kontrol komitesinin önemi var mı; onun tartışılacak bir tarafı yok. Hastane infeksiyonları çok önemli mi; bu da belli. İnfeksiyon kontrol komiteleri görevlerini tam olarak yapıyorlar mı; muhtemelen hayır, eksik yapıyorlar. Bunun da sebepleri var. Ben bunları ve sorunlarımızı konuşacağım.

Bir kere, cerrahlarda eğitimle ilgili ciddi sorunlar olduğunu kabul etmeliyim bir cerrah olarak. Davranışla ilgili, mesela el yıkamadan tutun da konsültasyon istenmeye kadar ciddi sorunlar var. Bunun kökünde biraz omnipotans yatıyor; yani, infeksiyon hastalıkları uzmanından konsültasyon istememekte direnmek; ben yaparım, ben ederim, ben çözerim problemi yatıyor.

Sağlık kuruluşlarının kendileriyle alakalı, bizzat yapılarıyla alakalı problemler var. Eğitim hastanesi olmak başlı başına sorun, çok kalabalık oluyor, öğrencisi oluyor, insanlar devamlı değişiyor. Hastaların eğitim düzeyi, hastaya ait de bir faktör var. Uzun süre yatmak, hastane infeksiyonunu arttıran bir faktör. Eğitim hastanelerinde ağır diyebileceğimiz hastaların çokluğu zaten sorunu ağırlaştırıyor. Çok fazla kateter kullanılması başlı başına bir sorun.

İnfeksiyon kontrol komitesinin de sorunları var; yetersiz personel sayısı var, eğitim sorunu vesaire var; fakat, önemli şeylerden bir tanesi de benim bir cerrah olarak dışarıdan gözlemim şu: İnfeksiyon kontrol komitesinde görev alan infeksiyon hastalıkları uzmanları, klinik mikrobiyologlar, değişik kökenli hekimler arasında da bir söz birliği olmadığını gördüm geçen dönem içinde ve bu beni şaşırttı. Toplantılarda, hepsi tek tek çok değerli olan arkadaşların, aynı dili konuşmadıklarını ve tartıştıklarını gördüm.

İnfeksiyon kontrol komitesi kendi içinde aynı dili konuşmıyorsa dışarıya karşı nasıl ortak, aynı dille bir tepki verir onu bilmiyorum. Yine laboratuvar ile bizzat konsültasyonu yapan infeksiyon hastalıkları uzmanı arasında sorunlar olduğunu gördüm.

Sağlık kuruluşlarında infeksiyon kontrolü ile ilgili politika yok, bunu biliyoruz. Sorunun odak noktası disiplin altına girme konusunda isteksizlik. Temizlik yapan personelden, hastasına ziyaret yapan profesöre kadar herkesi ilgilendiriyor ve daha önemlisi, bu isteksizliğe karşı, infeksiyon kontrol komitesi mekanizmalarının etkili olmaması. Multidisipliner çalışmaya karşı isteksizlik ve bu konuda eğitim almamış olunması; tüm dallarda bu mevcut. Hastane yönetiminin hastane infeksiyonlarının azaltılması ile ilgili yaptırımlara gidememesi. İnfeksiyon hastalıkları uzmanının, infeksiyon kontrol komitesinin temel ögesi olduğunu unutmak. En ciddi sorunlar bunlar.

Ben, mecburen, konuşmamı hem bir cerrah açısından hem bir infeksiyon kontrol komitesinin eski üyesi ve başkanı olarak yapmak durumundayım (Başkan Dr. ENGİN, Dr. AYDINTUĞ'nun konu dışına çıktığını söylediği için konuşmacı bunu söyleme gereği duyuyor).

Bana göre sorunlar bunlar (alkışlar). Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ediyorum. Buyurun sayın AYTAÇ.

**Dr. Jale AYTAÇ:** Bugün herkes çok farklı açılardan konuya yaklaşacaktır sanıyorum; ama ben, konunun başlığıyla konuşmamı sınırlamak istedim. Konu, benim anladığım kadarıyla iletişim; yani, cerrahi bölümlerle infeksiyon kontrol komitelerinin iletişim sorunları ve beklentiler. Onun için, iletişim konusunu biraz düşündüm; iletişim, söyleşi, konuşma gibi işim ekleri, karşılıklı iki tarafın olduğu eylemleri ifade ediyor

bence. Tango gibi, ancak ikili olabiliyor, tek taraf yok ve düzgün olabilmesi için de iki tarafın birbirine uygun davranması lazım.

“Burada amaç ne?” İletişimdeki amaç, benim anladığım, bir işbirliği. Bu her ilişkide, her konuda öyle. Bir işbirliği yaratmak ve etkin bir iletişim sağlamak. Etkili bir işbirliği sağlamak.

“Bizler bu işbirliğini yaratabiliyor muyuz? Cerrahlar ve infeksiyon hastalıkları uzmanları bu işbirliğini yapabiliyorlar mı?” Çeşitli örnekler var. Önce, cerrahlardan başlamak istiyorum. Cerrahlar çok önemli işler yapıyorlar ve yaptıkları işi de çok önemsiyorlar. Çok haklılar, önemli şeyler yapıyorlar; ama, bazen kendilerini daha fazla önemsiyorlar. Belki de haklılar; çünkü, çok stresli iş yapıyorlar, çok büyük ameliyatlara yapıyorlar, hayati organları transplante edip, protezler takıyorlar. O zaman, diğer sorunları, infeksiyon veya diğer dahili sorunları biraz ihmal edilebilir gibi görüyorlar. İhmal edilebilir gibi görülen sorunlardan bir kısmının muhatabı biz olduğumuz için, biz de, bunu çok kolay hazmedemiyoruz ve böylece arada bir gerginlik oluyor ve bir güç savaşı haline geliyor bütün olay. Aslında, bu güç savaşından biraz uzaklaşmak lazım. O bizim gücümüzü göstereceğimiz bir alan değil; çünkü, bizim sadakatimiz hastaya. Sonuçta, amacımız, sadece ve sadece işbirliği yaratmak ve hastaya yararlı olmak. Doğru tekniklerle, büyük emekler verilerek yapılan ameliyatlara ya da hasta bakımının iyi olmasını sağlamak. Hepimiz biliyoruz ki, bu kadar iyi ameliyat yapan cerrahlar, daha sonra hiç ellerini yıkamadan, hastayı muayene edebiliyorlar, uyardığımız zaman bize kızıyorlar. Pansumanlarda tekniğine uygun davranmıyorlar. Çok çeşitli... Biliyorum ki herkesin aynı sorunları var. Ben, bunlardan çok söz etmek istemiyorum; ama, infeksiyonla ilgili olarak söylenenleri, başta çok fazla dikkate almıyorlar. Bu gözlemim çalıştığım iki hastane içinde geçerli.

Bu bir güç savaşı olmadığı ve aslında biz de önemsenmek istediğimiz için bu sefer biz de sertleşiyoruz, gidiyoruz dosyaları karıştırıyoruz doktor bey niye bunu yazdınız, metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) ürememiş ki, niye vankomisin başladınız diyoruz; koz elimize geçince bizde bütün silahlarımızı kullanıyoruz. O zaman, elle tutulur bir negatif elektrik oluyor aramızda ve barış baştan kaybedilmiş oluyor. Bu nedenle, bence, iletişimde insanın vücut dili, ses tonu, davranış biçimi son derece önemli ve bununla bir sürü sorunun çözüleceğine inanıyorum.

İki örnek vermek istiyorum. Bir tanesi cerrahi profilaksi ile ilgili. Hastanede cerrahi ekipler doğru antibiyotikler kullanıyorlardı, ama çok uzun sürüyordu. Özellikle by-pass ameliyatları yapılan bir hastane. On güne kadar profilaksiyi devam ettiriyorlar, bazen hasta çıkana kadar antibiyotik veriyorlar. İlk başlarda bu alışkanlıkları değiştirebilmek için çok sıkıntı çektim. Sonuçta epey bir mücadeleden sonra biraz kazanımımız oldu diye düşünüyorum. Gidip cerrahlarla sürekli görüşüyorum, hepsi çok teşekkür ediyor. Şunu özellikle belirtmek istiyorum, tabiri caizse cerrahlar orada Allah. Günde 10-12 tane açık kalp ameliyatı yapıyorlar, çok önemliler. Her gittiğimde “sağolun, bize çok şey öğretiyorsunuz, sayenizde bu sıkıntıdan kurtulduk, antibiyotiklerle, infeksiyonla siz ilgilenin” diyorlar.

Birgün, benden daha genç bir cerrah arkadaşına gittim “bunu böyle kullanma; şu şu nedenle keselim istersen” dedim. Son derece etkileyici olduğumu düşünüyorum. “Tamam, çok teşekkürler abla, sağolun, antibiyotiği hemen keseriz” dedi. Tam giderken arkama dönüp baktığımda, sen istediğini söyle biz bildiğimizi okuruz anlamında bir hareket yapıyor, bir yandan da asistana antibiyotiği kesme diyor. Anladım ki, aslında boşuna konuşuyorum ve birşey eksik kalıyor.

Şunu özellikle paylaşmak istiyorum. Önceleri çok gururum kırıldı, kendimi kötü hissettim; benimle alay edildiğini düşündüm.

**Oturum Başkanı:** Sayın AYTAÇ, bu iletişim bozukluğuna ne isim verdiğinizizi öğrenmek istiyorum. İletişimdeki bozukluk diyalog eksikliği mi?

**Dr. Jale AYTAÇ:** Etkin iletişim değil bu. Negatif iletişim.

Bana böyle davranıldığı için üzülmemeyi, aslında, kendi kimliğimizi ve kişiliğimizi biraz geriye atmamız gerektiğini öğrendim. Bize yapılan şeyler, aslında, kişiliğimize bir saldırı değil, o nedenle üzerimize almak durumunda değiliz. Cerrahi ekiplerle aramızdaki sorunun, bir iletişim kopukluğu olduğunu düşünüyorum. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ediyorum. Buyurun sayın ÇAKAR.

**Dr. Nahit ÇAKAR:** Ben, konuyla ilgili düşünürken, kendime odak noktaları belirledim. Bir kere “hastane infeksiyonları konusunda birlikte çalışmak gerekiyor mu?” sorusunu sorduğumuzda, herhalde buna hayır diyen olmayacaktır. Bir-

likte çalışmak deyince yalnız cerrahi ekibi, sadece cerrahları değil, anesteziistleri de düşünelim; bizler de varız yoğun bakım ekibi olarak. Birlikte çalışmak gerektiğine ilişkin kendi kafamda kararı oluşturdum; ama, bakıyorum ki, genel anlamda hem buradaki toplantıdan hem daha önceden pekçok hastanede bu birliktelik oluşmamış durumda; yani, yaşanan pratikte bazı ünitelerde hastane enfeksiyon kontrol ekibiyle iyi iletişim var, aynı hastanenin başka bölümlerinde bu iletişim maalesef yok.

Önce, acaba, benim başta verdiğim birlikte çalışmanın doğru olduğu tespiti mi yanlış diye düşünmek durumunda kaldım. Bu tespit yanlış mı; şöyle düşünelim, nozokomiyal enfeksiyon çok önemli bir faktör, hastane enfeksiyonları bizim için maliyet unsuru olarak, hangi açıdan bakarsanız bakın, son derece ciddi bir problem. Yoğun bakım ekibi, cerrahi yoğun bakımda olduğunu düşünüyorum ünitemizin bir çalışanı olarak. Hastane enfeksiyon kontrol ekibi ve enfeksiyon hastalıkları anabilim dalıyla beraber çalışmadığımız dönemde, biz, hastane enfeksiyonu açısından son derece kör bir dönem yaşamışız. Bu iletişimi kurduktan sonra, konunun çözümüne ilişkin pekçok kademeler kaydettik.

Ben şunu diyorum; pekçok cerrahi birim ve hastane enfeksiyon kontrol ekibi de bu işi birlikte çözmek gerektiğine tam anlamıyla karar vermiş değil. Bir kere bunu aşmak durumundayız; çünkü, eğer bu kararı verirsek, bizim için öncelikle hastane enfeksiyonlarının çok önemli olduğunu herkes kabul etmek durumunda ya da bunu hissetmek zorunda. Bu kararı verdikten sonra, bir araya gelmede birtakım kişilik sorunları ya da geçmişten gelen cerrahi branşlar ve diğer branşlarla ilişkileri engel olmamalı. Bir anesteziist olarak ben de cerrahi ekiple birlikte eğitimimin 2 yılında sadece anesteziist olarak çalıştım, ondan sonraki dönemde yoğun bakım ekibi içerisinde yer aldım ve onlarla sürekli bir diyalog içindeyim. Şunu biliyorum: Cerrahi ekip, hastanın sahibi olduğunu hissettirmek ister; ama, eğer, karşısındaki onunla birlikte çalışan ekip, ona bir güven oluşturursa, ben bunu en iyi anestezi için biliyorum; eğer, anesteziistine güveniyorsa, bu, hastanın sahipliği konusundaki geleneksel yaklaşımı kaldırır. Zaten, sonuç olan kimsenin hastayı sahiplenmeye ilişkin bir hedefi de yok. Ben öyle düşünüyorum. Hastane enfeksiyon kontrol komitesinin ya da enfeksiyon hastalıkları uzman-

larının bu ilişkide hastayı sahiplenme gibi bir hedefi de olmamalı. Böyle bir hedefi olmayıp, konuya ilişkin iyi hizmet verildiği de gösterilirse, başarı da geliyorsa, bu birliktelik kesinlikle gelecektir; ama, şu anda gelmemesinin sebebi, enfeksiyon kontrol komitelerinin de tam olarak oluşumlarını tamamlamamış olmaları, bu konuda kişisel faktörleri de etkileyerek, enfeksiyon kontrol komitesiyle cerrahi ekip ilişkisinde ciddi boyutta problemler oluşturuyor diyorum. Teşekkür ediyorum.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ediyorum. Buyurun sayın Elvin DİNÇ.

**Dr. Elvin DİNÇ:** Toplantıda, başından beri hep şikayet edilen yöneticilerden biriyim, aynı zamanda enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanıyım. Tabii ki, kendi hastanemden örnekler vererek bu soruna bakmaya çalışacağım. Ben, değişik bir pencereden bakmak istiyorum.

İnfeksiyon hastalıkları uzmanı ve enfeksiyon kontrol komitesi üyesi olarak yaklaşık 10 senedir hizmet vermekteyim, son 2 senedir de yönetici olarak hizmet vermekteyim.

Bence, enfeksiyon kontrol komitesi eşittir enfeksiyon hastalıkları uzmanı olarak algılanmakta. İnfeksiyon kontrol komitesinin bir komite olduğu, bir çalışma grubu olduğu ve görevinin ne olduğu, tam olarak anlatılamamakta. O yüzden, genellikle cerrahlarımız da karşısında kendine rakip olarak enfeksiyon hastalıkları uzmanını görmektedir. Bu konuda, eğer, komitenizi kurarken, mümkün olduğu kadar multidisipliner bir gruptan oluşturabilirsek ve herkes bunu kabul edip bu konuda çalışabilirse herhalde problemleri biraz daha halledebileceğiz diye düşünüyorum.

Çünkü hastane enfeksiyonları, sadece enfeksiyon hastalıkları uzmanının problemi değildir. Cerrah arkadaşların da söylediği gibi, çok iyi bir cerrah olabilir, hep cerrahlarımızı gözönüne getiriyoruz ama, çok büyük ameliyatlar da yapmış olabilirler; fakat, hastaneden kazanılmış bir enfeksiyon hem maliyeti, hem hastanın iyi bir tedavisini ve konforunu engelleyecektir. Bu mantıkta hizmet edilirse, birçok branş da bu konuda düşünürse, hastane enfeksiyon kontrol komitelerinin kurulması, protokoller oluşturulması ve işlevinin yönlendirilmesi herhalde daha değişik olacaktır diye düşünüyorum; ama, bu, hiçbir zaman, işte, bu hasta benim hastam, kimse karı-

şamaz tarzında değil; bu hasta hastanenin hastasıdır ve buna en iyi şekilde nasıl hizmet verebiliriz veya en iyi şekilde nasıl tedavi edebiliriz tarzında bir yaklaşım olmalıdır. Daha doğrusu, hastane enfeksiyonu veya enfeksiyon kontrol komiteleri, ne yapacağını, hedefini belirleyip, bu konuda çalışmalarını yönlendirirse ve kendisini daha iyi anlatabilirse, herhalde daha iyi bir çalışma ortamı bulacaktır diye düşünüyorum.

Yönetici olarak bu konudaki çalışmalarımızı bir daha söz sırası gelirse anlatırım. Yapılan çalışmalar iyi bir şekilde anlatılabilirse, yöneticilerin de bunlara karşı çıkacağını zannetmiyorum. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ediyorum. Sayın GÜNAYDIN, buyurunuz.

**Dr. Murat GÜNAYDIN:** İçimizde klinik mikrobiyoloji laboratuvarında bir fiil çalışan var mı, yoksa biraz daha rahat konuşacağım. Klinik mikrobiyoloji laboratuvarında sonuç üretmek çok kolay, fakat kaliteli sonuç üretmek oldukça zor ve pahalıdır. Bu sonucu hızla rapor haline getirip bir cerrahi bransa iletmek ve hem de hemen iletmek ayrı bir problem hastane ortamında. Asistanların çalışma şekilleri, teknisyenlerin çalışma ortamları, onlara sağlayabildiğiniz imkanlarla bunları sağlamak oldukça zor. Bütün bunlara rağmen, siz, tüm imkanlarınızı zorlayarak bir sonuç üretiyorsunuz ve çok değerli olduğunu bildiğiniz bu sonucu iletmeye çalışıyorsunuz. Karşınızda bir cerrah var, onlar çok önemli, çünkü onlar her şeyin merkezindedir. Biz de iletmeye çalışıyoruz. Bunun karşısında şöyle bir şeyle karşılaşyoruz: Biz, tedavilerimize başladık, sizin raporlarınızı bizi teyit ediyor mu; yani, mikrobiyoloji laboratuvarına bakış açısı sadece cerrahın yaptığı işleri teyit etme ve onu kanuni hale getirme yönünde işliyor. Yoksa, bizim raporlarımıza göre herhangi bir değişiklik yapma ya da bunları değerlendirme gibi bir yaklaşım tarzı yok. Ya da başhekimliğin, çeşitli nedenlerle hastane eczanesine almış olduğu fazla antibiyotikler varsa ve son dönemde onların tüketilmesi gerekiyorsa, siz, nasıl sonuç üretirseniz üretin, o antibiyotikler en sık yazılan ve tüketilen antibiyotikler olacaktır; çünkü, başhekimlik, asistanları bu yönde bilgilendirmiş ve gereğinin yapılmasını istemiştir. Ya da siz hastaya gidiyorsunuz bir konsültasyon yapıyorsunuz, hastane enfeksiyon kontrol hemşiresi sabahın erken saatinde gidiyor, önce onların raporlarını veriyoruz, götürüyor, oradaki

doktor arkadaşımız “evet, anlat, anlat” diyor, bu arada bir dergiyi, bir magazin dergisini okurken o sonuçları dinliyor. Jale hanımın dediği gibi, “sen anlat, biz dinliyoruz, biz zaten yapıyoruz” şeklinde! Böyle bir ortamda çalışmak durumundasınız. Sizin sonuçlarınızın ve kalitesinin onlara göre bir önemi yok.

Bazı hastanelerin idarecileri de; çeşitli kurumlardan, antibiyogram kağıdı olmadığı için geri dönen faturalarının çözüm yeri olarak laboratuvara bakıyor. Eğer bu olay laboratuvarında çözülemezse faturalar ödenmiyor, gelir-gider dengesinde problemler ortaya çıkıyor. Bu sorun silsile halinde devam ediyor. Sorun çok fazla.

Diğer bir konu ki bence çok önemli; insanlar, kendilerine ne yapılmasını istiyorlarsa, başkalarına da aynı şeyi yapmalı; bu fevkalade önemli. Hayata bu gözlükle baktığımız zaman çok şeyi düzeltme şansımız vardır. Bizim önerilerimizi dikkate almayan bir cerrah arkadaş, kendi hastası yattığı zaman, 1. günden itibaren bizim konsültasyonumuza, bizim raporlarımıza fevkalade önem veriyor ve bizim sözümüz onun için büyük önem taşıyor. Burada bir çifte standart ve bir karışıklık var. Bunu çözmek lazım, ama nasıl çözülecek bilmiyorum.

Bir örnek vermek istiyorum. Ben, 5 yıl kadar önce, kendi imkanlarımla laboratuvarımdaki sonuçları on-line olarak üç büyük müşteriye götürdüm, bana göre servisler birer müşteridir; dahiliye, cerrahi ve pediatri servisleri. Hatlarını çektim, bilgisayarlarını kurdum. Sonuç; bu üç servisten sadece bir tanesi kullanılıyor; bu kadar uğraşa rağmen diğer iki servis benim ulaştırdığım terminallerden 24 saat sonuç almak mümkünken bunlar kullanılmıyor. Böyle bir anlayışla karşı karşıya kalmak insanı gerçekten çok üzüyor, bir şeyler yapacaksanız şevkiniz kırılıyor. Bu arada, kendilerine de terminal çekilmesini talep eden bazı bölümler vardı, kardiyovasküler cerrahi gibi, kadın hastalıkları ve doğum servisi gibi; onlara da onların imkanlarını kullanarak hat çektik, onlar 24 saat bilgisayarlarını kullanıyorlar. Onlar talep ettiler, peşine düştüler, aldılar ve kullanıyorlar. Bizim hizmeti götürdüğümüz, kolay olarak sunduğumuz insanlar ise bu hizmeti almakta ve kullanmakta pek istekli davranmıyorlar. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ediyorum. Buyurun sayın IŞIK.

**Hmş. Hamiyet IŞIK:** Ben, olaya, daha çok yasal ve yapısal açıdan bakmak durumundayım ve daha çok komitenin en aktif üyesi olan infeksiyon kontrol hemşiresi açısından bakarak konudan bahsetmek istiyorum. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki infeksiyon kontrol hemşirelerinin durumlarını iletmekle yükümlüyüm aynı zamanda.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde infeksiyon kontrol komitesi 1995 yılında yasal olarak zorunluluk haline getirilmiştir. Buna bağlı olarak, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki infeksiyon kontrol komitesi sayısı artmıştır; fakat, yasal zorunluluk nedeniyle oluşturulan bu komiteler, sırf zorunluluk gereği olduğu için çok fazla aktif duruma geçememiş, zorunlu olarak kurulmuş birimler olmaktan öteye gidememiştir. Bu durum, infeksiyon kontrol komitesinin diğer üyelerini, infeksiyon kontrol hemşiresi dışındaki üyelerini çok fazla etkilememiştir; çünkü, bu kişilerin primer olarak başka görevleri vardır; fakat, infeksiyon kontrol hemşiresinin çalışma alanı birebir hastane infeksiyonları olduğu için, idare ve diğer sağlık personeli karşısında yalnızca isimden ibaret, aktif olmayan bir birey olarak algılanmasına neden olmuştur.

Yirmiyedi devlet hastanesi üzerinde yaptığım küçük bir araştırmada gördüm ki, infeksiyon kontrol hemşiresi, %60 oranında ikinci bir görevi yürütmekte, daha doğrusu, infeksiyon kontrol hemşireliği, bir hemşireye ikincil görev olarak verilmekte.

**Oturum Başkanı:** Cerrahi grupla iletişim noktasında bu fikirlerinizi bağlarsanız, sorunun nerede olduğu tam olarak ortaya çıkar; çünkü, spesifik oraya eğilmemiz lazım.

**Hmş. Hamiyet IŞIK:** Teşekkür ederim Başkanım. Bu sorunlar, infeksiyon kontrol komitesi ve hemşiresini direkt olarak etkileyen cerrahi birimle iletişimini etkileyen bir sorun, tamamen infeksiyon kontrol hemşiresine bakış ve yaklaşımla ilgili.

İnfeksiyon kontrol komitesinin gerekliliğine inanmamak; infeksiyon kontrol önlemlerinin birinci derecede önemli olduğuna inanmamaktan geliyor. Özellikle cerrahi birimlerde yaklaşımlar daha radikal. Hastanın operasyona ihtiyacı varsa, bu operasyonu yapıyor, diğer sorunlar genellikle gözardı ediliyor. Bu yüzden, infeksiyon kontrol önlemlerinin önemli olduğu düşünülüyor. İnfeksiyon kontrol hemşiresinin de doğal

olarak gereksiz işlerle uğraştığı görüşü yaygın oluyor.

İnfeksiyon kontrol hemşiresi, infeksiyon kontrol önlemlerinin en çok uygulanması gereken bölümler cerrahi bölümler olduğu için, özellikle cerrahi birimlerde, gerek hemşire gerek hekim bazında iş yükünü arttıran kişi olarak algılanıyor. Bu, yine, yeniye olan direnç ve mevcut duruma; infeksiyon kontrol önlemlerinin önemine inanmamaktan kaynaklanıyor.

Cerrahi ekipler ile iletişimi etkileyecek bir durum ise iş yükü. Biliyoruz ki, her 250 yatağa bir tam zamanlı infeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilmesi gerekmekte; hatta, son yayınlarda bu 125 yatağa inmiştir. Birçok hastanenin infeksiyon kontrol hemşiresi kapasite üzerinde çalışıyor ve bu da cerrahi birimlerde zamanını sadece sürveyansa ayırmak zorunda kalmasına; cerrahi ekip gözünde de, sadece, onların hastalarına bakıp, dosyalarını karıştırıp, antibiyotiklerini ve yaptıkları uygulamaları kontrol eden kişi gözüyle görülmesine neden olmaktadır.

Bir diğer sorun da, komitenin, idarenin ve başhemşireliğin infeksiyon kontrol hemşiresine yaklaşımıdır. Eğer, idare, size sahip çıkıyorsa, komiteniz ve başhemşireniz size sahip çıkıyorsa, gerek hemşire arkadaşlarınız gerekse cerrahi birimlerdeki hekim ve asistanlar, sizin uygulamalarınıza ve sizin önerilerinize daha açık ve daha duyarlı davranıyorlar.

Hastanemizde bizim yaptığımız araştırmada, özellikle cerrahi ekiplerde infeksiyon kontrol hemşiresini yadsımaktan çok bahsetmediler; fakat, istekleri şu: Kültür antibiyogram sonuçlarının kendilerine ulaştırılması, hastane infeksiyonu tespit ettiğimiz hastaların kendilerine iletilmesi; ama, bunun dışına geçmemiz, onların, kendilerine müdahale olarak algılaması; yani, ben, onlara sonuçları götüreyim; ben, onlara, saptadığım infeksiyonları bildireyim, ama daha ileriye geçmeyeyim. Kabul gördüğü nokta yalnızca burası. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Sayın İÇÖZ, buyurun.

**Dr. Gökhan İÇÖZ:** Bu kadar konuşmacı, iletişim üzerindeki problemleri dile getirmişken, ben iletişim var demek istemiyorum; ama, tek problemin iletişim olmadığını düşünüyorum ve konu başlığı cerrahi bölümler derken, sadece cerrahlar değil, cerrahi bölümde çalışan perso-



nel ve hemşirenin de dahil edilmesi gerektiğini düşünüyorum.

Ülkemizde birinci sırada en sık kullanılan ilaçlar grubunda antibiyotiklerin kullanıldığını hatırlayacak olursak ve 50 milyon dolarlık bir pazar payı olduğunu düşünürsek, iletişim ve eğitimin ne kadar önemli olduğunu düşünmemiz gerekir.

Ben, farklı bir boyuttan olaya yaklaşmak istiyorum. İki, üç günlük toplantıda hep "Centers for Disease Control and Prevention (CDC)"ın ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki çalışmaların sonuçları bize iletildi. Yine, Amerika'daki bu türlü eğitim programlarında planlanmış eğitimle bu sorunların çözülebileceği yoluna gidilmiş ve bizde halen -ki, ben kendi hastanem için konuşayım- problem olan acil servisin ayrı, ameliyathanelerin ayrı, yoğun bakımların ayrı yönetildiği, ayrı idare edildiği bir ortamda hasta başına düşen masrafların ve hastanedeki yatış sürelerin çok arttığı gündeme getirilmiş. Bu türlü ayrı yönetimlerle hasta başına ortalama 8 bin dolarlık bir maliyetin -ki, bu, ABD rakamları- ve 9 günlük hasta yatım sürelerine ulaşabildim, bir travma merkezi ve yoğun bakım için.

Bizde de durumun farklı olmadığını düşünüyorum. Eyüp Sabri hocanın geçen gün yaptığı sunumunda, ameliyat olmamış bir hastanın 28 milyar liralık, yani 18 bin dolarlık bir masrafından bahsedildi. Bu maliyetin nerelere gittiğini incelediğimizde, ABD'de %25'inin yoğun bakım hemşirelik hizmetlerine gittiğini, ancak %10'unun ilaçlara harcadığını; bizde bunun böyle olmadığını düşünüyorum. Pek detaya girmek istemiyorum; ameliyat masraflarının %10'unu oluşturduğu, malzemenin %15'ini oluşturduğu biliniyor; yani, yoğun bakımdaki hizmetler, ilaç masrafları bir hastanın %35 masrafını oluşturuyor.

Yoğun bakımda kalış süresini, masrafları azaltmak için belli stratejiler önerilmiş. Bu stratejilerin başında enfeksiyondan ayrı düşünüle-meyecek erken enteral beslenme ve enfeksiyon kontrolü. Bunun için de önerdikleri şu: Amerika'da da, bizim ülkemizde olduğu gibi, enfeksiyon kontrol komitelerinin oluşturulması ve yoğun bakım, ameliyathane ve acil servislerde bu denetimin sağlanması.

Ben, bizim hastanelerimizdeki idari problem olabilecek bu konuya girmektense, burada enfeksiyon kontrol komitelerinin görev almasının

doğru olacağını düşünüyorum. Her klinik için ayrı hemşire hanımın ayrılması, burada genel bir bilgilendirme yapılmasından ziyade, tüm hastane birimleri tek tek ele alınarak, acil servisin, ameliyathanenin, yoğun bakım çalışanlarının eğitime alınmasını düşünüyorum.

İletişim tabii ki yok, ama iletişimi sağlayabilmek için eğitim programlarının oluşturulması gerekebilir.

Benim kişisel problem olarak gördüğüm birkaç nokta var. Bunu, toplantı öncesi, enfeksiyon kontrol komitesi üyesi olan arkadaşlarla gördük. Eğitim dediğim, hemşirenin eğitimi, personelin eğitimi, gereğinde hekimin de eğitimi.

Neler yapılabilir; toplantılar düzenlenebilir, profilaksi konusunda bilinçlendirilebilir. Bunlar hep bizim kendi hastanemizde gördüğümüz konular.

Bir konu daha, merkezi hemşire müdürlüğü ile (veya başhemşirelik diye de tanımlanıyor) enfeksiyon kontrol komitesi hemşireleri arasında da idari bağlamda bir bağlantı olsa da çalışma açısından bir bağlantının olmadığını görüyoruz; çünkü, bizim yoğun bakım hemşirelerimiz -ben, kendi kliniğim için konuşuyorum, başka kliniklere eleştiri veya yadırgama yapmak istemiyorum- enfeksiyon kontrol komitesi değil de merkez hemşire müdürlüğünün uygulanmasını önerdiği gerekli hasta bakım protokollerini uygulamaktalar; ama, bunlar, güncelliğini kaybetmiş uygulamalar olduğu için, cerrahlar ve yoğun bakım hemşireleri arasında bir problem yaşanmakta. Ben, kendi kliniğimde bunu rahatlıkla yaşıyorum. Eğitimin burada devreye girmesi gerektiğini, enfeksiyon kontrol komitelerindeki görevli hemşire arkadaşların veya doktor arkadaşların, hocalarının, gerek acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane ortamındaki çalışan personel, hemşire arkadaşları aralıklı olarak eğitime almaları ve yeni uygulamaları, güncel yaklaşımları iletmeleri, bilgilendirmeleri gerektiği kanaatindeyim. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim sayın İÇÖZ. Buyurun sayın KILIÇTURGAY.

**Dr. Sadık KILIÇTURGAY:** Sayın Başkan, değerli konuşmacılar; bence, bizim cerrah olarak sarp sardığımız vakalarda bir problem yok. Bizim burada esas problemimiz, gelişmekte olan sorunların adının konabilmesi ve bunların sarp sardığımız noktalara ne kadar yansıdığı konusunda ikna edilebilmemiz.

Özellikle yeni değişmekte olan bir kuşak olduğu dikkate alındığında, şu an için Türkiye’de tüm dallarda bir transizyonel zon yaşandığı yadsınamaz bir gerçek. Eski ve yeni jenerasyonun bir karışımı sözkonusu. Aslında bu nedenle, bu geçiş döneminde az önce belirtilen noktaların tam olarak aydınlatılabilmesi, o kadar kolay değil. Yine de eğer cerrahların mantalitesini anlayabilirsek, iletişim konusundaki hedef noktalarımızı ve daha sonra nerelere ulaşmamız gerektiğini sadece CDC kriterleri ile değil, bizim de gerçeklerimiz ışığında, biraz daha farklı ve gerçekçi olarak anlayabiliriz diye düşünüyorum.

Problemlerden birisi, “Cerrahlar, gerçekten infeksiyondan ne anlıyorlar?” sorusunun yanıtında saklı. “Tükürsek bir şey olmaz” lafı bana ait bir laf değil; çok değerli ve oldukça deneyimli bir hocamızın, ameliyat sırasındaki espriyile karışık, ama kısmen inandığını düşündüğüm bir yaklaşımı. Şimdi bu değişiyor tabii, ama bu tür deneyimleri olan bir grubun hala aktif olduğu da yadsınamaz.

“El yıkama süreleri”, demin de bahsedildi, hala ciddi bir sorun. Bu noktada çok rahatlıkla 1 dakikayla 5 dakika arasında değişen sürelerle karşılaşıyorsunuz.

“Ameliyathane koşulları” teorik olarak ideal. Hele yeni kurulan merkezlerde bunlar biraz daha yüksek normlara ulaştırılmış vaziyette. Ama, hala, belki aşağıdaki karikatürler boyutunda olmasa da, eski ameliyathaneler, ameliyathane görüntü olarak düzgün olsa da başta havalandırma ünitelerindeki sorunlar (ki en çok paranın harcandığı ünite), diğer alt yapı sıkıntıları, özellikle eğitim hastanelerindeki kalabalık faktörü, personel faktörü, operasyon süreleri normlardan çok uzak.

Eski ameliyathaneler	Kalabalık
Ameliyathane dizaynı	Personel faktörü
Havalandırma üniteleri	Operasyon süresi

“Cerrahların sterilizasyona verdikleri önem ve antibiyotiklerin yetersiz sterilizasyonu kapsayıp kapsamama kavramı” ise başlı başına bir sorun. Bir göğüs kalp damar cerrahisi hocasının çok rahatlıkla önemli bir toplantıda gündeme getirdiği; “Bizim havalandırma ünitemizde ciddi bir sorun var, o zaman, rutin olarak bütün hastalara vankomisin başlayalım ve devam edelim” kavramı gözardı edilmemeli. Sterilizasyona verilen önemle ilgili bir başka ufak anektodu daha aktar-

mak istiyorum. Ameliyathane sorumlusu olarak çalıştığım dönemde, bir personelin, cerraha malzeme yetiştirebilmek için ameliyathaneden sterilizasyon ünitesinin steril malzeme nakil asansörüne binerek, hatta sıkışarak (sadece yük taşımak için kullanılır), sterilizasyon ünitesine ulaşmış, şaşkınlıkla daha sterilizasyonu bitmemiş bir malzemeyi aşağıdan nasıl kapıp da ameliyathaneye yetiştirmeye çalıştığı gerçeğini yaşadım. O halde, düşündüğümüzün ötesinde bazı sorunlar var ve bunları kabul etmek zorundayız. Bunları bilirsek belki çözümleri daha net olarak ortaya koyabiliriz.

“Cerrahlar, tek olgu bazında yaşandığı zannedilen hatalı antibiyotik kullanımının, çok ciddi infeksiyöz komplikasyonlara zemin hazırladığına inanıyor mu?” Kime sorsanız bu soruya evet der; ama, aslında büyük bir kısmının, bunun için elde yeterli delil olmadığına inandığını ve bu işi çok da ciddiye almadığını net olarak biliyoruz. Bunu somut olarak da ortaya koyabiliriz. 1995 yılında bizim kendi kliniğimizde yaptığımız bir çalışmada, 500 vakanın neredeyse %40’ında 24 saati aşan, 7 güne kadar uzanan profilaksi protokolleri uygulandığını saptadık. İncelediğinizde birinci kuşak sefalosporin tercihinin olguların sadece %60’ında olduğunu, çoğunda değilse de yarısına yakın bir kısmında üçüncü kuşak sefalosporinlerin yoğun bir şekilde kullanıldığını gördük. Ayrıca, postoperatif yara infeksiyonunu, uygulama süresi 24 saati aşan grupta daha fazla olduğunu saptamamıza rağmen, uygulamaya devam etmişiz enteresan bir şekilde. Bu, benim kendi kliniğimle ilgili muhtemelen benim de bir kısım vakalarımın olduğu bir çalışma.

Cerrahların bir başka yorumu da “Hastayı mı yoksa laboratuvarı mı tedavi ediyoruz?” sorusu ile ilgili. Laboratuvardan gelen sonuçların bir kısmı, ancak hasta taburcu olduğunda elimize ulaşıyor. Geçenlerde bir vakada yaşandı, bir kollektomi olgusunda MRSA safrada üremiş, ama hasta sorunsuz taburcu olmuştu. İnfeksiyoncuların aşırı telaşına cerrahlar pek anlam verememişler ve bu sonucu dikkate almamışlardı. Sonuç olarak cerrahi kliniklerinde ele geçen sonuçların bir kısmının derhal çöpe atıldığı gerçeği ne yazık ki inkar edilemez.

Diğer bir nokta; “Hastaların takibi”. Bütün çalışmalar, aslında, hastaları en az 30 gün takip ettiğinizde, son infeksiyon oranının çok ciddi ölçüde artmış olduğunu gösteriyor (Tablo 1). Ama ne

**Tablo 1. Cerrahi Sonrası İnfeksiyonlar %20-60 Oranında Taburcu Olduktan Sonra Ortaya Çıkıyor.**

	Hastane içi infeksiyon oranı (%)	Son infeksiyon oranı (%)	Artış oranı (%)
Polk (1980)	12.2	16.9	39
Burns (1982)	1.8	3.8	111
Brown (1987)	3.5	6.6	89
Reimer (1987)	1.5	6.9	360
Weigelt (1992)	5.8	8.9	53

yazık ki, cerrahların büyük bir kısmı, mümkünse ameliyatın bitimiyle birlikte hastayla ilişkisini kesme eğiliminde. Hele “outpatient” hasta trafiğinin günümüzde çok yaygınlaştığı bu periyotta, hasta takibinde çok ciddi sorunlar var.

Durum böyleyken, JAMA 2000’de, çok yenilerde çıkan bir makalede bu konuda oldukça geniş, yaklaşık 600 bin vakalık bir seride, ciddi bir cerrahi alan infeksiyonundan ve mortaliteden bahsediliyor, antibiyotiklerin sorunumuzu çözemeyeceği vurgulanıp, yaptığınız işlere dikkat etmemiz isteniyor. Son yıllarda “Belki, cerrahlar, ameliyatlara ilgili stratejilerini tekrar gündeme getirip, gözden geçirecekler; bu işi, sadece birtakım ilaçları rastgele kullanmakla çözemeyeceklerini anlayacaklar” diyen birçok çalışmaya rastlamak mümkün.

“Hastane infeksiyon kontrol komitesi, acaba, bu sorunları çözebilecek bir alternatif olabilir mi?” Hem bu sorunun cevabını anlayabilmek hem de durumu cerrahların gözüyle daha gerçekçi bir tabana oturtabilmek için, merkezimizde uyguladığımız bir anketin sonuçlarını sizlere aktarmak istiyorum. Bu çalışma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 35 cerrahi uzmanının (profesör-doçent-yardımcı doçent-uzman düzeyindeki kişilerin), cerrahi alan infeksiyonları ve hastane infeksiyon kontrol komitesi ile ilgili yorumlarını araştıran bir anket. Bu anketin tam metni Tablo 2’de sunulmaktadır.

Bu çalışmada öncelikle bir problemleri olup olmadığını sorduk, %33 “evet, kliniğinizde infeksiyöz komplikasyonlar açısından bir sorun var” dedi. Kliniklerinde infeksiyon oranlarını bilip bilmediklerini sorduk. %60’a yakını “hiçbir fikrim yok” dedi. Ama daha azı, yaklaşık yarısı “kliniğimizde sorun var” demişti.

Peki, “yoğun bakımda durum farklı mı?” Yoğun bakımdaki oranın daha yüksek olduğunu gö-

rüyoruz. Katılımcıların %70’i yoğun bakımlarda bir infeksiyon sorunu olduğunu düşünmekte. İnfeksiyon oranının net olarak bilinip bilinmediği araştırıldığında ise hala %60’ının bu orandan haberdar olmadığını görüyoruz. Bizim hastane infeksiyon kontrol komitesi çok ciddi çalışıyor, bize her yıl bunları dağıtıyor; ama, muhtemelen okumuyoruz.

Tedavi edici antibiyotik kombinasyonlarını doğru yapıp yapmadıkları konusundaki fikirlerini sorduğumuzda, ancak %30’u “bizde bir problem var” dedi. Nedenlerini sorduğumuzda ise “muhtemelen bilmiyoruz”, “eğitimimiz eksik”, “protokollerimiz ve standardizasyonumuz yok” dediler.

“Antibiyotik profilaksisini doğru yapıyor musunuz?” diye sorduğumuzda, bu sefer, biraz daha fazla bir grup, yanlış yaptıklarını ileri sürdüler. Ama işin enteresan tarafı hala aynı uygulamaya devam ediyorlar. Bu yanlışlığın nedenleri incelendiğinde, genellikle hataların, “kullanım süreleri, keyfi uygulama, standardizasyonun olmayışı, protokollerin olmayışı, bilgisizlik, üçüncü kuşak sefalosporin kullanım alışkanlığı, el altındaki antibiyotiklerin kullanımı” gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtildi. Az önce sayın GÜNAYDIN’ın bahsettiği hastane eczanesinde ne varsa onun kullanımı gerçeği burada da karşımıza çıkıyor. Bu yorumlar cerrahların kendi yazdığı hatalar. Biz, bunları maddelemedik, nedeni deyip boş bıraktık. Yapılan hataların kaynaklarını kendi gözlemlerine göre belirtmelerini istedik.

“Taburcu olan hastaları yeterince izleyebiliyor musunuz?” sorusuna da katılımcıların %40’ı “hayır, izleyemiyoruz” cevabını verdi. Niye izleyemediklerini sorduğumuzda ise “çünkü çok önemsemiyoruz”, “izlemiyoruz, ama ciddi de bir sorunla karşılaşmadık”, “protokolümüz bu konuda da yok”, “kayıt sorunumuz var”, “hastaların bir

**Tablo 2. Uludağ Üniversitesi'nde Uygulanan Anket Formu ve Sonuçları (Dr. Sadık Kılıçturgay).**

Ankete katılan kişi; Prof., Doç., Yrd. Doç., Uzman
1. Kliniğinizde infeksiyöz komplikasyonlar açısından ciddi bir sorun var mı? EVET: 11 (%33) HAYIR: 24
2. Kliniğinizin cerrahi alan infeksiyon oranını biliyor musunuz? EVET: 16 HAYIR: 19 (%54)
3. Yoğun bakımınızda infeksiyöz komplikasyonlar açısından ciddi bir sorun var mı? EVET: 23 (%67) HAYIR: 11
4. Yoğun bakımınızda infeksiyöz komplikasyon oranını biliyor musunuz? EVET: 16 HAYIR: 19 (%54)
5. Kliniğinizde tedavi amaçlı antibiyotik kombinasyonlarının doğru yapıldığına inanıyor musunuz? EVET: 25 HAYIR: 10 (%29) Hayır ise nedeni?
6. Kliniğinizde antibiyotik profilaksisinin doğru yapıldığına inanıyor musunuz? EVET: 21 HAYIR: 14 (%40) Hayır ise nedeni?
7. Kliniğinizde taburcu olan hastalar, infeksiyöz komplikasyonlar açısından yeterince sağlıklı izleniyor mu? EVET: 21 HAYIR: 14 (%40) Hayır ise nedeni?
8. Kliniğinizde taburcu olan hastaların izlem kayıtları sağlıklı tutuluyor mu? EVET: 22 HAYIR: 13 (%37) Hayır ise nedeni?
9. Kliniğinizde taburcu olan hastalardaki yara sorunlarında mutlak kültür alıyor musunuz? EVET: 24 HAYIR: 11 (%33) Hayır ise nedeni?
10. Cerrahi hastalardaki infeksiyöz komplikasyonlarda infeksiyon hastalıkları doktorlarının fikri alınmalı mıdır? a. Desteğe gereksinimi yoktur: 2 b. Sadece çok ağır olgularda: 20 (%57) c. Tüm vakalarda: 13 (%37)
11. HİKK'nın hastane infeksiyon oranının düşürülmesinde ciddi bir katkısı olabilir mi? EVET: 34 (%97) HAYIR: 1 Hayır ise nedeni?

**Tablo 2. Uludağ Üniversitesi'nde Uygulanan Anket Formu ve Sonuçları (Dr. Sadık Kılıçturgay) (devamı).**

12. Sizce HİKK çalışma alanı nereleri kapsamalı?  
Sadece yoğun bakım: 3  
Klinik de olmalı: 32 (%92)  
Nedeni?

13. HİKK'nın tüm hastane boyutunda etkili çalıştığına inanıyor musunuz?  
EVET: 15  
HAYIR: 20 (%57)  
Hayır ise nedenleri?  
a. İdari sorunlar: 7  
b. Kliniklerin bu komitenin çalışmalarını gereksiz bulmaları: 13 (%37)  
c. Dosya veya kayıt yetersizliği: 8  
d. Laboratuvarın yeterli hızda çalışmaması: 4  
e. Diğer:.....

14. HİKK'nın kliniğiniz içinde etkili çalıştığına inanıyor musunuz?  
EVET: 21  
HAYIR: 14 (%40)  
Hayır ise nedenleri?  
a. İdari sorunlar: 7  
b. Laboratuvarın yeterli hızda çalışmaması: 2  
c. Doktorların bu komitenin çalışmalarını gereksiz bulmaları: 7 (%20)  
d. Dosya veya kayıt yetersizliği: 7  
e. Diğer:

15. Sizce enfeksiyon kontrol komitesinin yapısı uygun mudur?  
a. Hiçbir fikrim yok: 21  
b. Bu yapı yeterlidir: 9  
c. Şu anki yapı yaşanan bazı sorunların nedenidir: 5  
d. Komiteye yeni ilaveler yapılmalıdır  
Bunlar:..... /...../.....olabilir.

16. Sizce HİKK Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kaç yıldır görev yapmaktadır?  
7 yıl: 10      5 yıl: 13      3 yıl: 11      2 yıl: 1

17. Sizce HİKK Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için mutlak kurulması gereken bir komite midir?  
EVET: 35 (%100)  
HAYIR:  
Hayır ise nedeni?

18. Sizce HİKK'nın çalışmaları desteklenmeli midir?  
EVET: 35 (%100)  
HAYIR:  
Hayır ise nedeni?

---

HİKK: Hastane enfeksiyon kontrol komitesi.

kısmı gelmiyor”, “laboratuvar işbirliğindeki sıkıntılar-sonuçların geç geliş” gibi nedenler belirtildi. Neyse ki cerrahların %40’ı hastaları izleyemediklerinin farkında.

“İzlem kayıtları” ile ilgili olarak, gelen hastaların doğru dürüst kayda geçirilip geçirilmediği sorulduğunda, enteresan bir sonuçla karşılaşıldı. Cerrahların %60’ı bu soruya evet diyor, yani geçirdiklerini düşünüyorlar. Buna karşın hastane infeksiyon kontrol komitesi surveyans ekibi ise bu oranın çok düşük olduğunu ve kayıt probleminin en çok genel cerrahi kliniğinde yaşandığını belirtti. Aslında, galiba biz bu konudaki sorununuzun da çok fazla farkında değiliz. Bu konuda sorun olduğunu düşünen kişilerin belirttiği problemlere gelince; “kayıt tutma alışkanlığının olmayışı, dosyalara hemen ulaşamama, ciddi-yetsizlik, zamansızlık, işin başkalarına devredilişi ve hastaya bağlı sorunlar” gibi nedenler ileri sürüldü.

“Taburcu olan hastalardaki yara infeksiyonlarından kültür alıyor musunuz?” sorusunda ise, sadece üçte birinin almadığı saptandı. Hastane infeksiyon kontrol komitesi bu oranın da daha yüksek olduğunu belirtiyor. Kültür almama nedenleri araştırıldığında; “empirik tedavi yeterli, çok büyük bir kısma zaten antibiyotik vermiyoruz ki, niye kültür alayım, kültür almak gereksiz bir işlemdir çoğu minör olaylardır ve sonucu etkilemez” şeklinde yorumlar yapıldı.

Cerrahların, infeksiyon hastalıkları konsültasyonuna başvurup vurmadıkları veya bunu gerekli bulup bulmadıkları sorulduğunda; %60’ının, sadece ağır vakalarda bu tür konsültasyonları kullandıkları anlaşıldı.

“Acaba, bu komitenin sizin infeksiyon oranlarınızın düşürülmesine ciddi bir katkısı olur mu?” sorusuna “evet, çok ciddi olarak olur” yanıtı alındı. Buna sadece bir katılımcı “hayır katkısı olmaz, çünkü, bu komite tek başına bu işi çözemez, önce bizim buna inanmamız gerekir, aksi halde bunlar ne yaparsa yapsın boş” dedi; galiba gerçekçi bir yaklaşımdı.

Hastane infeksiyon kontrol komitesinin çalışma alanı ne olmalı diye sorulduğunda, büyük bir grubun sadece yoğun bakımları değil, klinikleri de kapsaması gerektiğine inandığını gördük. Sadece yoğun bakımı önerenler; “pratikte kliniği bunlar izleyemezler, yetişebilmeleri mümkün değil” diyor, ama çoğu kişi her ikisinin de izlen-

mesinin gerekli olduğunu söylüyor. Bunun nedenleri için ise; “problemin tüm hastaneyi ilgilendirdiğini, servis çalışanlarının eğitiminin ancak böyle yapılabileceğini, florayı ancak böyle tanıyabileceğimizi ve çok yakın bir ilişkimiz var hasta, yoğun bakım ile klinik arasında gidip geliyor” yorumunu yaptılar.

Hastane infeksiyon kontrol komitesinin, hastane boyutunda etkili çalışıp çalışmadığı sorulduğunda, %57’sinin hayır dediğini gördük. Bir problem olduğu anlaşılıyor ve bunların büyük bir kısmı (%40’a yakın) sorunun, kliniklerin bu komitenin çalışmalarını gereksiz bulmalarından kaynaklandığına inanıyor. Bir kısmı idari sorunlar ve dosya problemleri üzerinde duruyor. Aynı soruyu kendi çalıştıkları klinik bazında sordumuzda ise, hem hayır cevabının %57’den %40’a düştüğünü hem de doktorların bu komiteyi gereksiz bulma nedenin %38’den %19’a düştüğünü görüyoruz. Bunun Türkçesi şu: “Biz aslında inanıyoruz ama, diğer klinikler pek inanmıyor”. Tabii bu da pek gerçekçi bir yorum sayılmaz. Bu arada sorunlar arasına yeni bir açılımın eklendiğini görüyoruz: “Organizasyon eksikliği”.

Hastane infeksiyon kontrol komitesinin kaç yıldır görev yaptığını sorduk. Çok azı biliyordu; %40’ı, son 1-2 yıl içerisinde bu komitenin kurulduğunu zannediyor, halbuki, bizde resmi olarak 1995 yılında kuruldu. İnfeksiyon kontrol komitesinin yapısının uygun olup olmadığını sordumuzda ise büyük kısmının fikrinin olmadığını görüyoruz. Galiba bu iletişimde ciddi bir sorunumuz var. Biz bu komiteyi doktorlara tam olarak anlatamamışız.

“Hastane infeksiyon kontrol komitesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için mutlak kurulması gereken bir komite midir?” sorusu ile “hastane infeksiyon kontrol komitesi çalışmalarını desteklemeli miyiz?” sorusuna, tüm katılımcılar “evet” cevabını verdi. Enteresan bir şekilde bunu hepimiz öneriyoruz, benimsiyoruz, istiyoruz ama, sıra yardım etmeye geldiğinde sonuçların düşündüğümüz gibi olmadığını görüyoruz. Pratik anlamda, infeksiyon kontrol komitesinin ihtiyacı olan verileri sunmakta ciddi bir sıkıntıyla karşı karşıyayız. Sabrınız için teşekkür ediyorum (alkışlar).

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim sayın KILIÇTURGAY. Sayın ÖZÇELİK, lütfen.

**Hmş. Fatma Türkan ÖZÇELİK:** Bu konuşma için görev verildiğinde, sadece kendi deneyimlerimi değil, tüm üniversitelerdeki infeksiyon kontrol hemşirelerinin deneyimlerini de bu işe katmak için 35 merkeze 40 soruluk bir anket formu gönderdim ve maalesef, sadece üçte biri geri döndü. Geri dönen anketlerdeki bazı sonuçları vererek başlamak istiyorum.

Bizim en büyük zorluklarımız, sürveyans çalışmaları sırasındaki bilgi toplamada oluyor. Bu bilgi toplamada, size bilgi vermekte zorluk çıkaran gruplar kimlerdir diye sorduğumuz zaman, 1. sırada öğretim üyeleri, 2. sırada da maalesef, cerrahi bölümler diye bir yanıt geldi.

Yine, sürveyans çalışmalarında dosya taramalarında karşılaştığımız zorluklar nedir diye sordüğümüzde, cerrahi bölümlerin epikriz gibi günlük gözlem gibi yazmaları gereken ve bizim, o gözlemlere göre hastane infeksiyonu var mıdır yok mudur diye tanı koymamızda, gereken bilgilerin dosyalarda eksik olduğu; kültür gönderiminin yetersiz olduğu ve kültür gönderimi neden az diye sorulduğunda da bazı bölümlerde kendilerine ait mikroskop olup, onlardan kendilerinin direkt bakısına göre değerlendirip antibiyotik başladıkları yanıtını aldık. Bir başka konu infeksiyon kontrol hemşirelerinin nasıl tanı koyacağı. Bu cerrahi yara konusunda veya diğer hastane infeksiyonları konusunda karşılıklı bilgi alışverişinde "Hastama hastalığının tanısını da mı siz koyacaksınız?" diye bir yanıt aldıkları ortaya çıktı.

Bir başka iletişim bozukluğumuz, cerrahi bölümlerle profesyonel ilişkiler yerine kişisel ilişkileri tercih ettikleri, kıdemli infeksiyon kontrol hemşirelerine daha iyi bilgi verdikleri, daha az kıdemi olan hemşireleri pek ciddiye almadıkları veya infeksiyon kontrol hemşiresinin, eğer cerrahi kökenli bir infeksiyon kontrol hemşiresiyse onların daha iyi bilgi aldığı, eğer bu dahiliye kökenli infeksiyon kontrol hemşiresi ise bu kişilerin bilgi almakta zorluk çektikleridir.

İnfeksiyon kontrol hemşireleri, klinikleri denetlemek amacıyla değil, yardımcı olmak amacıyla servisleri dolaşmaktadır. Maalesef, yine, bizleri birer denetleyici olarak görmekteler. Teşekkür ederim (alkışlar).

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim.

Sayın katılımcılar, benim elimde, şimdiye kadar 55 dakikadır konuşan arkadaşlarımızın dile getirdikleri 3 sayfa sorun var. Bu sorunları hatırlatmaya gerek var mı acaba?

Bu sorunların dışında, bu toplulukta katılımcıların sorun olarak dile getirilmesini düşündükleri noktalar var mı? Buyurun.

**Dr. Semra ÇALANGU:** Sayın GÜNAYDIN kısmen değindi ona, ama genel olarak, biz, cerrahlara, neden iletişim kurmuyorsunuz dediğimizde, şimdi, biz, ilk gün katılan arkadaşlar hatırlar, Metin ÇAKMAKÇI arkadaşımız, bize, ilk oturumda bir cerrah resmi gösterdi, bir imparator ve o imparatora yaklaşmak mümkün değil. Cerrahi branşlar 1. sınıf, dahili branşlar 2. sınıf, laboratuvar branşları 3. sınıftır aslında. ÇAKMAKÇI sadece resmi gösterdi, o resim, çok güzel, cerrahın kendine bakış açısını aksettiriyordu bence.

Tabii çok saygımız var, kuşkusuz çok büyük işler yapıyor cerrahlar; fakat, aslında o kadar da ulaşılmaz değil. Sorun nedir diye kendilerine sordüğümüzde, bence çok önemli bir şey söylüyorlar. "Laboratuvardan sonucu zamanında alamıyoruz ki, o nedenle de laboratuvara ne gerek var" diyorlar. Bence bu çok doğru. Aslında, 24 saat çalışan bir klinik mikrobiyoloji laboratuvarı, mutlaka gerekli; o yetmez. Sayın GÜNAYDIN değindi derken, şunu işaret etmek istiyorum: Sonucu bilgisayar ekranında ona göstermek yetmiyor, ayrıca, o iletişim diyoruz ya, 24 saat, telefonun diğer ucunda danışabileceği bir insan gerekiyor ona ya da hemen hastasını o anda görebilecek birisi gerekiyor. İnfeksiyonla uğraşan kişiler, eğer, bunu ona götüremiyorlarsa, cerrahların, hiç olmazsa o açıdan haklı olduklarını düşünüyorum ben. Yani, bir bakıma, cerrahların da burada ifade edilmeyen bir sorununu dile getirmek için söz alıyorum.

Yirmidört saat konsültasyon hizmeti veren bir infeksiyon kontrol komitesi üyesi eğer görmezse karşısında, bu türlü yan yollara sapması çok anlaşılabilir bir şey değil.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun sayın ÜNAL.

**Dr. Serhat ÜNAL:** Efendim, yeni sorun değil belki; ama sayın ÇALANGU'nun konuşmalarını destekleyici bir konuşma yapmak istiyorum.

Türkiye'de cerrahlar, yalnız Türkiye'de değil, dünyanın her yerinde hakikaten, ÇAKMAKÇI'nın gösterdiği Sür mareşal Für Danican, böyle maddiyatçı olan arkadaşlar. Bunu, eleştirmek için söylemiyoruz; çünkü, haklı da olabilirler, bir insanı yatırıp, organlarını dışarı çıkarıp, tekrar koy-

mak... Yarı Tanrı yarı insan gibi bir güç veriyor, bunu hepimiz kabul ediyoruz ve yalnız Türkiye'ye ait bir şey de değil. Bütün dünyada cerrah arkadaşlarımız böyle; ama, bu noktada laboratuvarın eksikliğinin ötesinde infeksiyon hastalıkları da cerrahi branşlara gidip, biz bunun içindeyiz, bunda biz varız diyemedi, demedi bugüne kadar. Çünkü, Türkiye'de de biz infeksiyon hastalıkları uzmanları, intaniye pratiğinden, bulaşıcı hastalıklar pratiğinden, tifodan, bruselladan başını kaldırıp hastane içindeki infeksiyonları yeni yeni anladık daha. Biz de öğreniyoruz, cerrah arkadaşlarımız da öğreniyorlar; cerrahi infeksiyon dernekleri, Amerika'daki, Avrupa'daki ve başka ülkelerde cerrahların infeksiyon eğitimine açık olması önemli örnekler. Bu eğitim süreci beraberce gelecek. Bizde biraz daha yavaş geliyor.

Bu kadar güçlü bir cerrahi ekip infeksiyon sorunu yaşıyor mu; aslında, iki şey söylemek lazım. Birincisi, hakikaten az sorun yaşıyor olabilir; çünkü, antibiyotik kullanımında kontrol yok ve her yer büyük üniversite hastaneleri değil, daha küçük hastanelere gittiğiniz zaman bir sorun cerrahi infeksiyon oranınız nedir diye. Hele hele antibiyotik kullanımı o kadar liber olduğu yerde. Eksikleri antibiyotikleri kapatmakla, hepsine geniş spektrumla başladığında, sorunu zaten az yaşıyor. Buraya gidip bu sorunu gösteren, ortaya koyan biri de olmadığı zaman, bu iletişimin başlaması zaten mümkün değil. Nasıl başlayacak; sorunu yaşayarak. Hastanelerinizi düşünün, doğrudur, cerrahi branşlarda en çok sorun vardır; ama, kolaylıkla iletişim kurulan ortopedist mesela, taktığı protezin kaybına dayanamaz. Orada infeksiyon olduğu zaman protezi de kaybeder; hem hastası kendinden uzaklaşır, o kadar para boşa gider, şanı şöhreti sarsılır; taktığı protez iki kere infekte oldu mu gitti, hayatı devam ettiremez. Bizim hastanede en çabuk ortopedistlerle ilişki kurduk.

Tabii cerrahlar da kademe kademe, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi; ama, protez takan yerlerde daha kolay; çünkü, problemi yaşıyor.

"Bunu çözmek için ne yapalım?" Bırakınız, sorun yaşanır, protezler kaybolur, hastalar ölür, infeksiyon görülür. Sayın KILIÇTURGAY, uygun görürseniz, o çalışmanızı Hastane İnfeksiyonları Dergisi'nde de yayınlamak isteriz. Tebrik ederim, orada net sonuçlar var, günlük, pratikten çıkmış sonuçlar var. Sayın KILIÇTURGAY'ın çalışma-

sında dediği gibi, komplike olanları ancak konsülte etmeliyiz. Oraya geldiğinde ilişki artar.

İkincisi, beraber çalışmak, gidip bir daha, bir daha anlatmak. Burada sorumluluk infeksiyon hastalıklarındadır; burada sorumluluk infeksiyon kontrol hemşiresindedir. Bu gerçeklerin farkına vararak, her seferinde gidip, her seferinde konuşup, bir daha anlatıp, eğitim programları yapıp ve en önemlisi, sonuçları paylaşarak yol almalıyız. İnfeksiyon kontrol komitesi, elde ettiği verileri mutlaka cerrahi birimlerle paylaşmak zorundadır. Ortak çalışmanın zeminini aramak infeksiyon tarafındadır. Biz alttan alacağız, biz daha yumuşak davranacağız, biz problemi ortaya koyacağız ve eminim, cerrahi tarafta da eğitim çok hızlı gidiyor. Yaraya tükürenlerin sayısı artık azalmıştır, zaman içerisinde hiç kalmayacaktır. Ben, 4-5 yıl içerisinde bu sorunun hallolacağı kanaatindeyim; karşılıklı iyi niyetle. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun efendim.

**Dr. Halis AKALIN:** Tüm konuşmacılara teşekkür ediyorum, gerçekten sorunları net, çok net olarak ortaya koydular. Son katıldığım, sayın KILIÇTURGAY'ın da bulunduğu bir cerrahi toplantısında ortaya konan sorunlardan biri de şuydu: Bir cerrah ne zaman konsültasyon isteyeceğini kafasında tam canlandıramayabiliyor. Herkes bunu sordu. Direkt toplum kökenli bir intraabdominal infeksiyonda mı konsültasyon isteyeyim, tedaviye cevap alamadığımda mı konsültasyon isteyeyim, yoksa postoperatif bir yara infeksiyonunda mı konsültasyon isteyeyim. Aslında, belki, bunun sınırları çok rijit olarak çizilirse bile, ana hatları ortaya konabilir. Böylece de bir sorun yaşandığı anda vakit kaybetmeden bir infeksiyon hastalıkları konsültasyonu oraya gelebilir. Bu da hem infeksiyonun saptanması hem de tedavi edilmesi açısından uygun bir işbirliği-ne yol açabilir diye düşünüyorum.

**Oturum Başkanı:** Teşekkürler. Buyurun efendim.

**Dr. Ayhan AKBULUT:** Serhat hocanın söylediğinin benzerini aynı şekilde biz yaşadık; yalnız, şöyle bir olay oldu: Bizim geri bildirimimizi, biz, başhekimlik aracılığıyla, yazıyla yaptık. Bir dönem %40'lara çıktı ortopedi kliniğindeki infeksiyon oranı. Gerçekten protez kaybı olunca çok korktular. Ondan sonra hemşiresinden anabilim dalı başkanına kadar toplantıya katıldılar ve hat-



ta bizi jurnalcı gibi de yorumladılar, ama tatlı bir serzenişti o. Onlarla şu anda çok iyi götürüyoruz. Acaba, böyle bir başhekimlik veya idare bildiri miyle kayıp mı ederiz, yoksa daha çok kazanır mıyız; bu konuda bilmiyorum. Biz kazandık, ama geleceği bilmiyorum. Teşekkür ediyorum.

**Oturum Başkanı:** Tartışmacıların belirtmediği, sizlerin aklına gelen sorunlar var mı? Tekrar soruyorum.

**Dr. Mehmet DOĞANAY:** Hastane enfeksiyonlarıyla ilgili klasik kitaplara baktığımızda 1974 Hoepprich'de hastane enfeksiyonlarına ayrılan sayfa sayısı 3; yani, hastane enfeksiyonları konusu dünyada da çok eski değildir; ama, Türkiye pratiğine belki biraz geç girmiş olabilir. Tabii, birtakım yasal düzenlemeler de gerekli. Yurtdışında hastaya antibiyotiği gereksiz verdiği zaman, onun sigorta şirketi "bu antibiyotiği ne için verdiniz" diye onun hesabını sorar, Türkiye'de böyle bir hesap sorma yok. Bunun günü geldiğinde, yasal düzenlemeler yapıldığında taşlar yerine oturacaktır.

Biz kendi açımızdan bakacak olursak, sayın AYHAN güzel bir şey söyledi. Birtakım verileri idare aracılığıyla göndermek bana çok hoş gelmiyor. Tabii, idareye mutlak surette bildireceksiniz, dekanlığa, başhekimliklere; ama, anabilim dalı başkanlıklarına, klinik şefliklerine mutlaka direkt göndermek lazım. Bu, şu açıdan çok önemli: Ben, sizinle beraber çalışmamın sonuçlarını ay sonunda size arz ediyorum şeklinde götürdüğünüz zaman, bizim arkadaşlarımız şunu yapmaya başladı. Aylık olarak siz rapor vermede geciktiginizde, neden bu ayki raporlarımız gelmedi, bizde bir problem mi var diye serzenişte bulunmaya başlıyorlar ve her ayki oranlarına bakarak oranın yüksekliği veya düşüklüğü konusunda yorum yapıp, gerektiğinde sizden yardım isteyerek klinik uygulamalarını yeni baştan gözden geçiriyorlar. İletişimde biraz resmi prosedürden çıkıp, direkt anabilim dalı başkanlıklarıyla ilişki kurmakta büyük yarar var. Çok teşekkür ediyorum.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Başka saptamamız gereken bir sorun olmadığına göre, şimdi, tek tek, tartışmacılar tarafından bu sorunlara önerilen çözümler nelerdir, bunları birlikte dinleyelim.

**Dr. Murat GÜNAYDIN:** Sayın Başkan, bir soru sormak istiyorum. Çok sık olarak, başhekimlik

gibi idari kadroların değişmesi yapılanları olumsuz etkilemiyor mu, zira her başhekim değişmesinde birçok şeyi sil baştan yeniden anlatmak ve yapmak gerekiyor. Bir düşünün her başhekimin yeni bir başhemşire ile çalıştığını, başhemşirelerin de hastane enfeksiyon kontrol hemşireleriyle hangi uyumda çalışacaklarını. Bu hikayeyi uzatmak mümkün. Acaba bu tür sorunları olan var mı? Ya da bu bir sorun mudur, yoksa sorun değil midir?

**Oturum Başkanı:** Sayın GÜNAYDIN bütün riskleri göze alarak yanınızda bir başhekim oturmasına rağmen, bu soruyu yönelttiniz. "Böyle bir sorun var mı?" Bu soruna fazla prim veren olmadı.

**Dr. Murat GÜNAYDIN:** Demek ki bu tür sorunu olan çok yok!

**Oturum Başkanı:** Sorunlar aşağı yukarı saptandı. Burada global olarak söyleyecek olursak, çok önemli bir ana sorun karşımıza çıkıyor. Cerrahi gruplarda varolduğu veya varsayılan bir konum özelliği. Değerli arkadaşlarım, ben burada cerrah olarak bulunmuyorum, sadece bu paneli yönetiyorum, ana başlık olarak söylüyorum, cerrahi bölümlerin, diğer anabilim dalları üzerindeki "impresyonu" sözkonusu. Bu görülüyor. İkinci önemli mesele, hastanın kimin tarafından sahiplenileceği konusu, bu da bir sorun olarak ifade edildi. Bu konularda ikilem yaşanıyor.

Üçüncü mesele, laboratuvar verilerinin yorumlanması, ciddiye alınıp alınmaması, hasta takiplerinin kayıtları içinde bunlardan bahsedilip bahsedilmemesi; yani sürveyansa esas olan verilerin ve gelişmelerin hasta dosyalarına işlenip işlenmemesi, buna ilaveten, cerrahi enfeksiyonların tespitinde enfeksiyon kontrol komitelerinin faaliyetlerinin kliniklerin iş yükünü arttıran bir faktör olarak görülmesi ve son olarak da enfeksiyon kontrol komitesinin eli, kolu, gözü, kulağı olan enfeksiyon kontrol hemşiresinin bu iletişimdeki yaşadığı zorluklardır.

Burada ana başlıklar olarak benim dikkatimi çeken noktalardan biri de enfeksiyon kontrol komitesinin görevleri ve iletişiminde tespit edilmiş esaslar, unsurlar, yaptırımlar, düzenlemelerin eksik olmasıdır. Politika geliştirmek için yetersiz bir sistemin yürüdüğü ileri sürülmektedir. Tabii, çok önemli, şu anda bu sorunları yaşayan grup, bir geçiş zonunu teşkil ediyor, yani geçmişte enfeksiyon kontrol komitesi işlevlerine başlamadan önce faaliyet göstermekte olan bütün sis-

tem ve enfeksiyon kontrol komitelerinin kuruluşu, daha sonra bu komitelerin faaliyetlerini yürüten ve birçok zorlukları aşmaya çalışan bir jenerasyon var. Sorunların kaynakları ana başlıklar halinde bu şekilde ifade edilebilir.

Burada tartışmacılar, bütün bu ana sorunlar doğrultusunda bir konsensusun sağlanmasında problem olduğunu belirtmektedir.

**Dr. Nahit ÇAKAR:** Sayın Başkanım, şu sıraladığınız sorunlar içerisinde bir sorunu daha eklememiz gerektiğini düşünüyorum. Hastane enfeksiyon kontrol komitesinin işi, sadece bir hastaya antibiyotik öneren, enfeksiyon hastalıklarının uzmanları işiyle çıkışması. O da belki bunun bir komponenti; ama, hastanenin enfeksiyona uygun inşasından, hastanede hastaların yattığı odaların düzenine, muslukların yerine, hemşirelerin hastaya müdahalelerine kadar büyük bir boyut içeriyor.

Biz, burada toplantıda sorunu çok basite indirgedik, yani cerrahın, antibiyotiği kabul etmesine, ona hayır demesine ya da hastanın sahiplenilmesine; sonuçta, olay, hastanenin bir arada enfeksiyon açısından daha iyi hale getirilmesi. Aslında, biz, bu noktaya odaklanmalıyız. Bu ayrıntıların içerisinde, ulaşamadığımız bir hedef var, bu hedefe niye ulaşamıyoruz, inşaatları niye düzeltmiyoruz. Çünkü toplantıda söylendi, bir yerde inşaat yapılırken, o bölgenin diğer bölümlerden ayrılması mantar enfeksiyon olasılığını azaltan bir faktör. Niye biz bunu yapamıyoruz, niçin burada başarı elde edemiyoruz; burada sadece cerrahi branş olarak, ben kendimi cerrahi branştan addediyorum, anesteziyim. Biz inşaatımızı yaparken, bölümümüzdeki hastaları çünkü kurallara uygun ayırmadık. Orada benim hatam olduğu kadar, bizim enfeksiyon kontrol komitesinin de hatası var; bu işi gündeme getirmedi. Tabii, bizim enfeksiyon kontrol komitesi şunu yaptı: Bizim binanın bulunduğumuz bölümün iç düzenini yaparken kaç tane musluk olacak, o musluklar nerede olacak, izolasyon odasının yeri nerede olacak, buna ilişkin yardımları yaptı; ama, bu, bu kadar basit değil bana göre.

**Oturum Başkanı:** Sayın ÇAKAR, bu saptamayı yapmanızı uygun görüyorum; yalnız, olay sadece, reçetenin kimin tarafından ve nasıl yazılacağı konusu değil; niçin bugün burada cerrahi gruplar davranışı ve cerrahi gruplarla enfeksiyon kontrol komitesinin ilişkisi tartışılıyor; çünkü, büyük bir hastane florası var, bundan nasibini

alan en büyük bölüm cerrahi bölüm. O hastanenin flora profilinde bunları kimler üretti diye sorulmuyor, bunları üretenler belli. Bu üretilen flora, cerrahi enfeksiyonlara sebebiyet veriyor, en büyük maliyet kaybı, en büyük iş gücü kaybı, en büyük sorunlar orada ortaya çıkıyor.

Doğal olarak, bu saptamayı yapmanız çok güzel bir şey. Genelde enfeksiyon olayının, özelde de cerrahi enfeksiyonların yönetimi, denetimi, tedavi edilmesi sürecinde komitenin muhtelif bireylerinin katkıda bulunması son derece önemlidir. Gayet tabii bu işlevleri bir enfeksiyoncu olarak değil o komitenin üyesi olarak yapmanız gerekir. Komitede yer alan muhtelif cerrahi dal elemanları var; cerrahi bölüm başkanı da o komitededir, cerrahi bölümden öğretim üyeleri o komitededir, cerrahi bölüm 12 anabilim dalından müteşekkil, onlardan çok sayıda insan o komitede yer almaktadır.

Burada, olay, sizin ifade ettiğiniz gibi popülasyonun dağılımı açısından bazı noktalara, gelmiş olabilir. Şimdi, bu sorunlarla ilgili çözüm önerilerini yine kısa kısa öz ifadeler tarzında arkadaşlarımızdan alalım. Önerileri uzun uzadıya açıklamaya gerek yok; gördüğümüz gibi, bu topluluk, bu konuda fikir üretme seviyesinde bir topluluk. Lütfen önerilerinizi sıralayın sayın AKDENİZ.

**Hmş. Sabiha AKDENİZ:** Teşekkür ederim. Ben, kendimi, ilk turda tanıtmamıştım; Hacettepe Üniversitesi'nden kısacası 17 yıllık geçmişli olan enfeksiyon kontrol komitesi hemşiresiyim.

Birinci turda 3 ana başlıkta ekip iletişimini etkileyen faktörlere 3 ana başlıkta değinmiştim. Cerrahi ünitelerde, yoğun bakım ünitelerinde, ameliyathanelerde enfeksiyon kontrol komitesi üyelerinin yaşadığı sorunlar konusunda sayın İÇÖZ tarafından gerçekten iyi bir profil çizildi. Cerrahi ekip iletişimini etkileyen en önemli faktör hemşirelerin eğitimi ve hastane başhemşireliklerinin idari yetersizlikleri ve yanlış müdahaleleri olarak ifade edildi.

Bir soru sormak istiyorum; ama, bu soruya, tüm katılımcılar konuşmalarını bitirdikten sonra lütfen bir cerrah hekim arkadaşımızın cevaplandırmasını rica ediyorum. Enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması ekip işidir. Sağlık hizmetinde multidisipliner bir hizmet olduğu halde, neden yalnızca eğitim ihtiyacının hemşirelere verilmesi gerektiğini veya bu eğitim açığının sanki

yalnızca hemşirelerde varmış da bu açığı komiteler gidermeli şeklinde soruluyor veya algılanıyor? Bu, benim hastanemde de zaman zaman böyle algılanır, Türkiye'deki hastanelerin çoğunda da sanıyorum böyle algılanıyor. Bir hekim arkadaş ekip üyelerinden yalnızca hemşirelerin eğitim açığının olduğu yargısının gerekçesini açıklarsa konu biraz daha aydınlanacak diye düşünüyorum. Bu arada diğer ekip üyelerinin eğitim gereksinimi yok mu?

**Oturum Başkanı:** Sayın AKDENİZ, bunu öneriniz olarak mı kayda geçeyim; yani, hastane enfeksiyon kontrol komitesi hemşiresinin eğitimi yeterlidir; olmasın mı diyorsunuz?

**Hmş. Sabiha AKDENİZ:** Hastanelerde enfeksiyon kontrol prosedürlerine uyulma konusunda neden hep hemşirelerin eğitim ihtiyacı gündeme geliyor?

**Oturum Başkanı:** Şimdi önerileriniz neler? Sorunları ortaya koyduk, sorunları çözücü önerilerinizi bekliyoruz.

**Hmş. Sabiha AKDENİZ:** Hayır, hayır sayın Başkan, çok özür dilerim, "Eğitim açığı yalnızca hemşirenin mi?" buna cevap rica ediyorum. Çünkü ekip iletişiminde eğitim çok önemli, peki diğer ekip üyelerinin eğitimi çok mu yeterli onların eğitim açığı yok herhalde öyle mi.

Çözüm önerilerime geçmeden önce, 5 yıl önce göreve başladığımda yaşadığım bir olayı sizinle paylaşacağım. Ünlü bir cerrah, üstelik enfeksiyon kontrol komitesinin içinde bir cerrah, sterilizasyon sürecini kontrol amaçlı ameliyathanede gözlem yapmak üzere komite ve hemşirelik müdürlüğü kararıyla görevlendirildim. Bu görevlendirilmem cerrahlar tarafından öğrenildiğinde sayın ÜNAL'a, sanıyorum, bir silah çekilmediği kalmıştı. "Sen ne yapıyorsun, ameliyathane steril bir ortamdır, sterilizasyonu en iyi cerrahlar bilir. Elemanını çek buradan". Oysaki ameliyathaneye gönderilme amacım sterilizasyon veya dezenfeksiyon sürecinde bir problem var mı varsa aksaklıkların tespit edilerek komite aracılığı ile yönetimden sorunları gidermesi için destek alınmasıydı. Sonra ne mi oldu? Sonrası burdayım işte.

İnfeksiyon kontrol komiteleriyle diğer ekip üyeleri arasındaki iletişimin sağlanması için sanıyorum, bunu kavgaya dönüştürmeden, iletişimi açık tutarak, sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğunu, enfeksiyon kontrolünün de bu ekip içer-

sinde önemli basamaklardan biri olduğunu herkese anlatmak gerekiyor. Yani, bir ölçüde, sağlık hizmetinde pes etmemek gerekiyor. Çünkü doğruların kabullenilmesi zaman içerisinde kaçınılmaz olacaktır.

Onyediyıllık geçmişi olan bir komite üyesi olarak, Hacettepe Üniversitesi olarak, sanıyorum, enfeksiyon kontrolünde biraz daha ileride olduğumuzu düşünüyorum. Bu sonuca ekip iletişimini açık tuttuğumuzdan dolayı ulaştığımızı belirtmekte yarar var. Yani ekip iletişimini etkileyen en önemli basamak iletişimin tüm çeşitlerini kullanmak ön koşul olmalıdır.

İkinci koşul ise eğitimidir. Peki eğitim yalnızca hastanelerde mi olmalıdır? Tabi ki hayır; sağlık hizmeti veren tüm okullarda, tıp fakültelerinde, hemşirelik yüksekokullarında ve zincirin halkasını oluşturan diğer sağlık okullarında enfeksiyon kontrol prosedürlerinin veya programlarının mutlaka eğitimine başlanması gerekmektedir. Hastanelerde bunların periyotlar halinde hizmet içi eğitimlerle devam ettirilmesi zorunludur.

**Oturum Başkanı:** Yani, lisans düzeyindeki eğitim, okul eğitimi.

**Hmş. Sabiha AKDENİZ:** Evet, lisans eğitimi veren okullarda eğitime başlanması gerekiyor. İnfeksiyon kontrolü kavramı ile ekip üyeleri hastanede karşılaşmamalı. Alt yapı mutlaka okullarda verilmelidir.

Diğer önemli bir basamak hastanelerde bölümlere enfeksiyon hızlarının, etken mikroorganizmaların ve antibiyotik duyarlılıklarının raporlar halinde bildirmekten ziyade, toplantılarla bu geri bildirimleri paylaşmalıdır. Çözüm önerileri karşılıklı birimlerin temsilcileriyle oluşturulmalıdır. Bu karşılıklı düşünce alışverişinin hem iletişim hem de önlemlere uyulma konusunda daha etkin olacağını sanıyorum.

İnfeksiyon kontrol programlarının veya prosedürlerinin komiteler tarafından hazırlanarak, dosyalama sistemi olabilir, farklı bir sistem olabilir, mutlaka yazılı hale dönüştürülerek, bunların, hekimlerin, hemşirelerin ve diğer personelin kolay ulaşabileceği bir yerde muhafaza edilmesi gerekmektedir. Çünkü, personel, kolaylıkla açıp, bu girişimde ne yapmam gerekiyordu sorusuna kısa sürede yanıt alabilmelidir.

İnfeksiyon kontrol komitesine bağlı, onun üyesi olan; aktif, dinamik, zamanının büyük bir bölümünü bu işe ayırabilen enfeksiyon kontrol

grubunun oluşturulması iletişimde yine önemli derecede rol oynar. Bu grubun içerisinde bu işe gerçekten profesyonel bakış açısıyla bakabilen hemşire ve infeksiyon bölümünden bir doktorun veya hastane epidemiyoloğunun infeksiyon kontrol grubu çatısı altında kolay ulaşılabilir bir yerde çalışması ekip iletişimini olumlu yönde etkileyeceği unutulmamalıdır.

**Oturum Başkanı:** Grubun üyeleri kim olmalı?

**Hmş. Sabiha AKDENİZ:** Hemşire ve infeksiyon kontrolünden sorumlu bir hekim veya hasta-  
ne epidemiyoloğu olabilir.

Diğer bir basamak tedavi ekibinin ve bakım üyelerinin mutlaka profesyonel bakış açısına sahip olmaları gerekmektedir. Bu bakış açısı da sürekli iletişim ve sürekli eğitimle yönetim-infeksiyon kontrol komitesi işbirliği ile sağlanmalıdır.

Son önerimi sunuyorum. İnfeksiyon kontrol komitelerinin anahtar kişisi hakikaten hemşirelerdir. Hemşire çalışırsa komite vardır ve eğer, bu hemşire iletişim kapılarını sürekli açık tutarsa komiteyle diğer birimler arasında ki bağlantıyı sağlayacaktır. Bağlantı sağlandığında, diğer birimlerin, komiteye destek olacağına işlerin çok daha kolay yürüyeceğine inanıyorum. Hemşire sorunu tespit eder, infeksiyon kontrol grubuna iletir ve komitenin bu konuda karar almasını sağlar. Yani, hemşire seçiminde çok dikkat etmek gerekiyor. Tükenmişlik sendromu yaşayan, işin önemini kavramamış hemşirelerin komiteye seçilmesinin yarardan çok zarar vereceği unutulmamalıdır.

**Oturum Başkanı:** Yani, şu andaki iletişim sorununu, seçilen hemşirelerin bu konuda başarılı olmayışlarına mı bağlıyorsunuz?

**Hmş. Sabiha AKDENİZ:** Tamamen değil. Ama etkisinin olmadığını söylemek yalan olur. Bir hemşire olmama rağmen, onun da önemli olduğunu düşünüyorum. Bunu gözardı etmemek gerekir. Cerrahlara yüklenmeyelim diyoruz, ekip iletişimini etkileyen birçok faktör var; ama, komitenin diğer üyelerinde olduğu gibi, infeksiyon kontrol hemşiresinin seçiminde de çok dikkat etmek gerekiyor.

Gökhan beyin sorusuna belki yanıt olabilir; infeksiyon kontrol hemşireleri, hemşirelik müdürlüğüne bağlı olarak çalışırlar, ama sorumlulukları komiteye aittir. Bu görevin yönetim ve komite tarafından ekip üyelerine anlatılması gerekmektedir. Sayın başkan az önce sorduğum soruya bu arada yanıt alabilir miyiz?

**Oturum Başkanı:** O sorudan önce size bir noktayı hatırlatmak istiyorum. Burada hemşire eğitimi konusu gündeme geldi; ama, topluluğun büyük bir kısmının fikri, cerrahi grupların eğitiminin eksik olduğu istikametindeydi. Bu, sizin eğitim sorunuz, cerrahi gruplarının eğitim sorunundan daha sonra gelen bir sorun. Demek ki, iletişimi kuran en önemli ünite olarak gördüğünüz hemşirenin, bazı sosyolojik birimler de eğitimi gerekiyor. Buyurun sayın AYDINTUĞ.

**Dr. Semih AYDINTUĞ:** Ben de eğitimden başlamak istiyorum. Tabii, eğitim, temizlikçi dahil, hiyerarşik düzende en üst düzeydeki kişi, profesörü, yöneticilerin tamamının eğitiminden bahsetmek istiyorum. Ama, bunun, hatırla, gönülle, lütfenle yavaş yavaş düzeliyor gibi kendi kendimizi aldatma şeklinde değil; denetim ve yaptırımla birlikte olmasının şart olduğunu düşünüyorum.

Sorunları gecikerek çözmek, çözmek değildi aslında ve biz, zannediyorum, ortak payda öyle ortaya çıkıyor; bilgiyle ilgili açığımız fazla değil; ama, pratikle ilgili açığımız çok fazla gibi görünüyor. Bu şuna sebep olur: Geçmişte de tıpta benzer şeylerde yaşadık. Önünde sonunda “medyada öldürücü mikrobu hastaya zerk ettiler, hasta öldü” denilir, legal boyutlarına gelir, büyük tazminat davaları açılır, belki de böyle yaşayarak çözmek zorunda kalacağız. Tabii, elimizde bu kadar bilgi varken, böyle çözüme gitmek zorunda kalırsak birgün, hoş olmaz, acıklı olur. Bu nedenle, eğitimin, sadece hatırla gönülle değil, yaptırım ve denetimle birlikte olmasını, belli basamakları aşamayan kişilerin, ister hemşire ister doktor olsun, gerekirse görevden el çektirilmesi; elini yıkamadan hasta pansumanı yapan, kateter bakımına özen göstermeyen bir hekimin de gerekirse işinden el çektirilmesine kadar varması gerektiğini düşünüyorum.

Yine, infeksiyon kontrol komitesini, infeksiyon hastalıkları anabilim dalı -ben üniversitede olduğum için öyle söylüyorum- onun bir alt grubu olarak görüyorum ve tabii ki, temeli infeksiyon hastalıkları uzmanıdır ve cerrah olarak da zaten beklen-  
tim, hastama tamamen sahip çıkmasıdır. Şöyle: Göğüs ağrısı olan bir hastamda kardiyo-  
loji konsültasyon istiyorum ve kardiolog ne derse onu yapıyorum; ancak, bana çok ters gelen birşey olursa, bana potasyum tutan bir diyetik tavsiye ederse, örneğin, benim hastamda da hiperpotasemi varsa, bunu değiştiremez miyiz diye konuşa-

biliyorum. Aynı şeyi infeksiyon hastalıkları uzmanından da bekliyorum. Orada iletişime girmeliyim ve 24 saat kesintisiz hizmet bekliyorum. Cumartesi günü kapalı ve sonuç vermeyen bir mikrobiyoloji laboratuvarı düşünemiyorum.

Bu arada, infeksiyon kontrol komitesinin yetkilendirilmesiyle ilgili, ben, ilk konuşmamda özellikle bahsetmedim acaba birisi değinecek mi diye, değinmedim. Endüstrinin baskısını hiç kimse dile getirmedi. Endüstrinin ciddi baskısı altında olduğumuzu düşünüyorum. Görünmeyen bir el, istediği reçeteyi yazdırabiliyor.

Komite içinde açık tartışmalarla o zaman, bilime daha yakın, gerçeğe daha yakın çözümlere gidiliyor. Oysa, hekimler ya da antibiyotik yazma potansiyeli olan her kimse, tek tek endüstrinin uzantılarıyla elemanlarıyla başa baş kalırlarsa o zaman müthiş bir kaos doğuyor. Onun için, infeksiyon kontrol komitesinin yönetimle birlikte güçlü olmasının çok önemli bir avantajı da endüstri baskısından kurtulmasıdır. Bu da çözüm için oldukça önemli; yani, infeksiyon kontrol komitelelerinin yetkilendirilmesi. Tabii, infeksiyon kontrol komitesi üyelerinin eğitimi de önemli, kendi içindeki eğitimi de önemli, aynı dili konuşmaları da önemli. Ben, tek tek çok değerli olan arkadaşlarımdan, kendi aralarında anlaşmazlığa düştüğünü, farklı fikirleri olduğunu gördüm. Zaman zaman genel cerrahi toplantılarını düşünüyorum, açıkçası, bu kadar çok fikir ayrılığı olmuyor bizim toplantılarımızda. Bunun neden kaynaklandığını da anlayabilmiş değilim. Belki salonda ve diğer konuşmacı arkadaşlar, kendileri, infeksiyon hastalıklarıyla doğrudan uğraştıkları için bilgi verebilirler. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim sayın AYDINTUĞ. Buyurun sayın AYTAÇ.

**Dr. Jale AYTAÇ:** Teşekkür ederim. İki arkadaş söyleyeceklerin çoğunu söylediler, katılıyorum. Ben de ilaç endüstrisinden bahsetmek istiyordum. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Kürsüsü'nün yaptığı bir çalışmayı buraya gelmeden önce okudum, Ege Bölgesi'nde yapılan bir araştırma. Özellikle pratisyen hekimlerin %72'sinin, ilaçlarla ilgili ilk bilgileri ilaç endüstrisinin verdiği broşürlerden ve günlük ziyaretlerden aldığı saptanmış. Çalışma yapmışlar, her doktoru günde bir ilaç firması temsilcisi ziyaret ediyor, 15 dakika ile yarım saat arası zaman harcıyor. Amerika'da bu ziyaretler ayda 2 ile 4, İngiltere'de ise 3 civarında. Semih beyin dediği gibi, çok ciddi,

görünmeyen bir baskı var, promosyonlar var. Bunları hepimiz biliyoruz. Bunun için ne yapılabilir bilmiyorum; eğitim mi gerekli, özellikle mezuniyet sonrası eğitim, bu baskıyı kaldırabilmek için; ama, bu, bence çok global bir sorun.

Ben şu konunun üzerinde önemle durmak istiyorum: Bizim camiamızın çözebileceği ve çözemeyeceği sorunlar var. Bu, aslında, Türkiye'nin sorunlarından, ekonomik krizden, genel yapısından çok ayrılacak sorunlar değil tabii ki; ama, biz, ne Türkiye'nin ekonomisini değiştirebiliyoruz, ne krizi engelleyebiliyoruz ve ne de bakanlığın ya da YÖK'ün bize daha fazla ödenek vermesini sağlıyoruz. Bunları yapamıyoruz. Bunlar uzun soluklu mücadeleler. Bunlarla mücadele etmek ve yılmamak lazım.

Ben, bizim yapabileceklerimizle ilgili bir şey söylemek istiyorum. Bizim şu anda yapabileceğimiz tek şey diğer branşlarla etkin bir iletişim sağlayabilmek. -Sayın KILIÇTURGAY'ın çalışmasında gösterdiği gibi, çok güzeldi gerçekten, teşekkürler- sorulara verilen cevaplar, aynı hastanede, aynı birimde çalışan insanların, birbirlerinden ve yapılan işlerden haberdar olmadığını ortaya koyuyor. Üstelik de bu kadar iyi çalışan bir infeksiyon kontrol komiteleri varken. Bence sayın KILIÇTURGAY'ın yaptığı anket çalışması çok net olarak iletişimsizliği ortaya koyuyor. Bizler bu iletişimsizliği düzeltebiliriz. Diğer sorunlar için de mücadele ederiz.

Ben şuna inanıyorum, değiştirebileceğimiz tek güç kendimiz. Önce biziz, sonra başkaları, yapabilirsek tabii. Onu nasıl değiştireceğiz; doğru ve etkin iletişim kurmayı öğrenerek herhalde. Ben infeksiyon kontrol komitesi üyelerinin, aslında, profesyonel kişilerce iletişim konusunda ve diğer konularda eğitilmesi gerektiğine inanıyorum. Özellikle infeksiyon kontrol hemşiresinin. Bu konu üzerinde ne kadar çok durulursa, ilişkilerin de iyi olacağına inanıyorum ve çözümün de daha yakın olacağına inanıyorum.

Demin iki hastaneyi söyledim size, birisi özel hastane, parası var, özel sigortalı hastalar, paralı hastalar geliyor. Diğer Devlet Hastanesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı; ödenek yok, para yok, arap sabunu bulunmaz, eldiven bulunmaz.

Son 3-4 yılda infeksiyon hızları açısından dönüp baktığımızda her iki hastane arasında önemli bir farkın olmadığını gördük. Bu demektir ki, olumsuzluklar sadece para, sadece ödenek ve

imkanlarla ilgili değil; çalışan insanların alışkanlıkları ve zihniyetleri ile ilgili aynı zamanda. Çözüm bu zihniyetlerin değişmesi ve etkin bir işbirliği sağlamakla mümkün olabilir. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Somut öneriniz, karşılıklı tolerans ve anlayışla işbirliğine yaklaşmak.

**Dr. Jale AYTAÇ:** Ve ilaç endüstrisi baskısının mümkün olan oranda kaldırılması.

**Oturum Başkanı:** Sayın ÇAKAR, buyurun.

**Dr. Nahit ÇAKAR:** Benden önceki konuşmacılar vurguladı, ama ben yine vurgulayacağım. Sorunların çözümünde birinci sıraya eğitimi aldım. Eğitimin, tıp fakültelerine kadar, hemşirelik okullarına kadar gitmesi gerektiğini düşünüyorum, sadece komite anlamında bir araya gelmedeki ilişkilerde eğitim değil. Biz, tıp fakültelerinde muayenehane hekimi olarak yetiştiriliyoruz, hastalıklara ilişkin, hastalara ilişkin sorunları çözerken, başka branşlardan yardım almaya ilişkin bilgiler çok az yer alır kitaplarımızda.

Şunu bir kere bilmek zorundayız: Hastalık sorunlarını toplum anlamında çözebilmek ekip olmakla mümkün, yani hemşiresi, doktoru, infeksiyon hastalıkları uzmanı, cerrahı; bu ekip bir araya gelirse her konuda birlikte çözebilir. Kimse muayenehane hekimliğinde hastayı başka bir doktora yollamayı ilk planda düşünmez, belki şimdiki teknolojik gelişme bunu da aşmış durumda, belki yavaş yavaş bu da çözülüyor; ama, baştan biz buna, tıp fakültesindeki eğitim sürecimizden hazırlıklı olmamız gerekiyor.

İkinci olarak eğitimde önemli unsur, hastane infeksiyonunun boyutunun, bilmeyenlere, bilenele, hepsine, anlamının çok ciddi boyutta olduğunun öğretilmesi. Bunda tereddüt yok; hastane infeksiyonu, bizim için morbidite açısından ve mortalite açısından çok önemli bir problem. Yoğun bakımlar için düşündüğümüzde %50'lere varan sorun oluşturan bir problem. Diğer bölümlerde de bundan bir miktar geride de olsa önemli bir sorun olarak yer alıyor. O yüzden, bunun eğitimi ve bu konunun çözümündeki basamakların eğitimini hepimiz sindirmek durumundayız. İkinci boyut, yine bu eğitimle çıkacak insan ilişkilerinde tavırlara dikkat etmek durumundayız, sadece cerrahi ekipleri bu konuda suçlamayalım. Eğer, bizler biraraya gelemiyorsak ekip olarak, o ekibin her üyesinde buradaki bir araya gelememeye ilişkin hata yükü vardır,

onların da hatada payı vardır, sadece cerrahi ekibin negatif tutumuyla olayı açıklamak mümkün değil.

Sanıyorum, salondan katkılar oldu. Bizler, daha yumuşak olmayı öğrenelim dediler. Eğer bu öğrenilirse, konunun aşılması daha mümkün. İnfeksiyon hastalıkları ekibi ya da infeksiyon kontrol komitesi ekibi, "ben illa bu antibiyotiği istiyorum" demek yerine, "bu antibiyotiği şu sebeplerle kullanmak durumundasınız, bu kullandığınız antibiyotik, sizin hastanızın şu durumunda uygun değildir"i anlatabiliyorsa, bu karşılıklı ilişkide cerrahi ekibin negatif tutumunu azaltacak bir faktör olarak karşımıza çıkacaktır. Demek ki, karşılıklı tavırlarda grubun her elemanı tavırlarına dikkat etmeli. Bu dikkat, bir miktar etik kuralları da sürdürülebilmeyi, bu ilişkide yerine oturtturmayı gerekiyor. Etik kurallarda ne gibi problem var; kimse kimsenin önüne geçmeye çalışmamalı; yani, hasta ya da hasta yakınına ya da firmaya, "işte bu kararı ben verdim" gibi bir şey yok; "bu karar bir ekip kararıdır, biz oturduk bu kararı verdik" şeklinde yansıtılmalı. Etik kurallarda bir boyut daha var, data kullanımı; data'yı kim kullanacak. İnfeksiyon kontrol ekibiyle yoğun bakımcı ya da cerrahi yoğun bakımcı ya da cerrah bir araya geldi, bir data birikimi var, bu data'yı kim nasıl kullanacak. Buna ilişkin de bütün etik kurallara uyulmalı. Ortak çalışmanın ürünü olan her şey paylaşılmalı diyorum ben.

Bizler cerrahi ekip olarak da infeksiyon kontrol ekibini sadece konsültan olarak görmemek durumundayız. Uludağ Üniversitesi'nden sunulan çalışmada ne zaman konsültasyon isteyelim sorusu soruldu. Ben diyorum ki, infeksiyon kontrol ekibiyle biz cerrahi birim iç içe olmak zorundayız. Onlar hep bizimle beraber olmalılar. Bu 24 saat onları çağırabilmemizin dışında düzenli olarak, zaten bizim ünitelerimize bu ekibin elemanları gelmek durumunda, onlarla bir arada çalışmak ve yaşamak durumundayız.

Son olarak, bir kez daha, eğitimin en önemli unsur olduğunu vurgulayarak konuşmamı tamamlıyorum. Teşekkür ederim sayın Başkan.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun sayın DİNÇ.

**Dr. Elvin DİNÇ:** Tabii ki eğitimin yeri yadsınamaz. Arkadaşlarımızın da dediği gibi, bu eğitim, üniversitede veya hemşire arkadaşlar için kendi okullarında başlaması gerekir. Hastane

bazında düşüncecek olursak, enfeksiyon kontrol komitesinin bir komite olduğunu, bunu sadece enfeksiyon hastalıklarının veya bir enfeksiyon konsültasyonu olmadığı anlatılması lazım. Hastane enfeksiyon kontrol komitesi sadece enfeksiyon konsültasyonu yapmaz, yeni politikalar, hastaneyi, bütünü ilgilendiren yeni politikalar geliştirilmesini gerektiren bir komitedir. Bu yüzden, bütün hastanedeki branşları kapsaması gerekir. Tabii ki, büyük hastanelerde bütün branşları birbir bu işte tutmak, aktif olarak tutmak ve çalıştırmak çok zor. Ben kendi hastanemde uyguladığım politikalarda mümkün olduğu kadar hevesli kliniklerden ilgili arkadaşlarla çalışmaya gayret ettik, bir de mümkün olduğu kadar son sene asistanları veya genç uzmanlarla daha rahat iletişim kurduğumuzu gördük. Çünkü, mesleğinde, özellikle 10-15, 20 senelik cerrahlar artık belirli kalıplara alışmışlar ve Jale hanımın da gösterdiği gibi, tamam, sizi çok iyi anlıyoruz, çok doğru söylüyorsunuz diyor; ama, arkanızdan kendi bildiği protokolü uygulamaya çalışıyor. O yüzden, yeniliğe açık olan genç arkadaşlardan eğitime başlasak daha verimli olacağını düşünüyorum. Eğitim, tabii ki, hemen bugün sonuçlarını verecek bir şey değildir, belki 5 sene sonra bu konuda daha iyi durumlara geldiğimizi göreceğiz.

SSK'da son 2-3 aydır uygulanan bir antibiyotik protokolümüz var. Genel Müdürlüğümüzün genelgeler doğrultusunda yayınladığı ve bütün SSK hastanelerinde uyulması gereken bir protokol. Bu protokol çerçevesinde birçok antibiyotik zaten ayaktan uzun süredir verilemiyordu; ama, yatan hastalarda, profilakside ve empirik tedavide belirli şartlarda verilmesi zorunluluk haline getirildi. Bu bir komite tarafından kontrol edilmektedir. Bu komitede tüm branş hekimleri bulunmaktadır.

Her zaman söylüyoruz, emir-komuta zinciri olmasın, eğitim, herkes gönüllü olarak belirli şeyler uygulansın; ama, belki, başlangıçta daha bir yaptırım gerekebilir. Bu yaptırım başhekimlik bazında olabilir, yöneticiler bazında olabilir veya bağlı bulunduğu kurumlar, genel müdürlükler bazında olabilir. Şimdiye kadar konuşan birçok arkadaş hep "yöneticiler yanımızda olsun" dediler. Yönetici zaten enfeksiyon kontrol komitesinin başkanıdır, oradan ayrı düşünülemez. Komiteden çıkacak öneriler, yaptırımlar onun onayı olarak kabul edilmesi gerekir. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun sayın GÜNAYDIN.

**Dr. Murat GÜNAYDIN:** Öncelikle Semra ÇALANGU hocamın birinci konuşmadan sonraki katkılarına teşekkür ediyorum, fevkalade tamamlayıcı bir o kadar da gerçek şeyler.

Bir konu var, kimse disipline olmak istemiyor. Ben de disipline olmak istemem, birisinin disiplini altına girmek istemiyorum. Biz, padişahlıktan gelen bir millet olduğumuz için de birtakım şeyleri, yukarıdan gelen emirlerle, bu böyle olsun denildikten sonra yapmaya yatkınlığımız var. SSK örneğinde olduğu gibi, birtakım genelgelerle işler daha kolay hallediliyor gibi, buna alışmışız. Herhalde, birtakım genelgelere ve bunlara uyulmaması sonucunda da birtakım cezalandırmalara, yaptırımlara, özellikle de ekonomik yaptırımlara başvurulmasında bu dönemde yarar olabilir diye düşünüyorum.

İkincisi, bu işte istekli olan insanların (eğitime istekli olan insanların) seçilmesi ve eğitilmesi; eğitilmek isteyen insanı eğitebiliyorsunuz. Ben burada şunu görüyorum: Hemşire arkadaşlar, bizlere göre eğitime daha açık ve daha istekliler. Bizler biraz daha eğitimden kaçıyoruz. Bu eğitimi yapmak veya birşeyi bilmek önemli değil, sigara örneğinde olduğu gibi, sigaranın zararlı olduğunu hepimiz biliyoruz; ama, bildiğimiz halde yine de kullanıyoruz. Alışkanlıklarımızı değiştirecek tarzda bu eğitimleri düzenlememiz gerekiyor.

Diğer bir konu tıp fakültesi eğitimi; ben, tıp fakültesi eğitiminde birtakım hatalar var kısmına katılmıyorum. Bizim tıp fakültesi eğitimimiz tamamen yanlış. Ben, tıp fakültesi eğitimimizin yanlış olduğunu düşünüyorum. Hemşirelerin eğitimini tam bilemiyorum, ama tıp fakültesi eğitimiz yanlış.

Bir diğer konu, bir dönem uyguladığımız yöntem, tıp fakültesine gelen, pediatriye gelen asistanların hepsi önce klinik mikrobiyoloji laboratuvarından başlıyordu, 15 gün burada çalışıp sonra kliniğine çıkıyordu, ilk bizimle tanıştıyordu ve bu tanışıklığın sonucu, pediatri kliniğine yol su elektrik olarak dönüyordu, çünkü, insanlar birbirini tanıdığı zaman çok daha iyi bir iletişim ortaya çıkıyor. Onbeş gün içinde benim personelim. Ben, onlar birbirimizi tanıyorduk ve asistanları hâlâ tanıyorum; ama, şu anda pediatrienin asistanı kim dersiniz hiçbirini tanımam. Muhtemelen onlarda beni tanımaz.

İnfeksiyon kontrol hemşiresinin doğru seçilmesi bence çok önemli. Reprezantların başarılı olmasının nedeni, onlar gerçekte işe alınmadan önce çok çeşitli testlerden sonra seçiliyorlar ve sonrada bir süre eğitiliyorlar ve siz kapıdan göndererseniz bacadan giriyorlar size bir şeyi anlatabilmek için. Bir infeksiyon kontrol hemşiresi, azimli, hırslı, sabırlı, bir kapı kapatılırsa bir başka kapıyı zorlayabilecek şekilde olabilmeli diye düşünüyorum; çünkü, onlar, birebir iletişim halinde olan insanlar.

Endüstri fevkalade önemli. Yaşadığımız olay. Bir reпреzant arkadaş geliyor “Hocam, bizim antibiyotiklerimiz antibiyogramda çıkmıyor” diyor ve biz belirli kurallara göre dizayn ediyoruz dediğim zaman “ben şu klinikle konuştum, bizim antibiyotik yazıyorlar, ama antibiyogramda çıksın, çıkmazsa sıkıntı olur diyorlar” yani, antibiyogramda ben çıkaracağım, onların bu antibiyotik yazmalarını legal hale getirmem gerekiyor. Böyle bir çalışma var. Bu ilişki nereden kaynaklanıyor, neden böyle bir ilişki oluyor; orasını ben bilemiyorum.

Diğer bir konu da maliyet-yarar çalışmalarının yapılması. Çünkü, hastane idareleri, bir altan boşaltmalı idrar torbası almanın maliyetinin fazla olduğunu düşünüyor, diğer torbayı tercih ediyor. Oysa, bu hastaya bir infeksiyon sonucunda kullanılacak antibiyotik maliyetini düşünmüyor; çünkü, o antibiyotik parasını kurum ödüyor, torbanın parasını hastane idaresi ödüyor. Çok çarpık bir örnek; ama, böyle maalesef.

Diyorum ki, kontrol komitesi aslanlar gibi olmasın ya da bir kral gibi olmasın; ama, göçmen kuşlar gibi olsunlar, önde bir lider olsun, o lider yorulduğu veya motivasyonu azaldığı zaman yeni bir lider çıksın, dinlendirilsin; ama, hep beraber sabırla, istekle bir yöne doğru devamlı gidebilsinler. İlginiz için teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun sayın IŞIK.

**Hmş. Hamiyet IŞIK:** Herkes ilk maddeyi eğitim olarak aldı. Bu konuda herkesle hemfikirim; fakat, ben, eğitimi, daha çok okul boyutunda değil de hastane infeksiyonlarının kontrolüyle ilgili olarak bir sıralama yaptım. Bence, önce komite üyelerinin, hastane infeksiyonları konusunda eğitilerek işe başlatılması gerekli. Varolan bir komite oluşturmuş olmak amacının ötesine geçmesi ve bu insanları aktif kılabilmek için birincil

olarak komite üyelerinin eğitilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bunu kim yapacak dersiniz, sanıyorum, bu iş, daha çok hep infeksiyon hastalıkları bölümüne düşüyor. Zaten, komite üyelerinden de daha çok iş yüklenen infeksiyon hastalıkları bölümü üyeleri oluyor.

İkinci sırayı, katılımı ve inancı sağlamak amacıyla anabilim dalı başkanları ya da Sağlık Bakanlığı hastanelerinde olduğu gibi, klinik şeflerinin alması gerektiğine inanıyorum. Çünkü, klinik şefi ya da anabilim dalı başkanının bu olaya bakışı, yaklaşımı ve özeni nasılsa, arkasından gelen uzman ve asistanların da yaklaşımı aynı şekilde olmaktadır.

Üçüncü basamağa ise yine en son asistan ve hemşirelerin alınması gerektiğini düşünüyorum.

Ayrıca, eğitimin denetimsiz olmaması gerekir; çünkü, eğitim veriyorsunuz, anlatıyorsunuz; bunu kontrol etmediğiniz, denetimini yapmadığınız, verdiklerinizi geri istemediğiniz sürece bunun hiçbir anlamı olmuyor. Bu yüzden, mutlaka bunun denetimi olmalı.

Cerrahi ekiple iletişimi biraz daha olumlu hale getirmek ve kendimizi gündemde tutmak için olması gereken şeylerden biri de elde ettiğimiz sonuçları birimlerle periyodik aralarla paylaşmak olmalı. Hem sonuçların hem o birimde saptanan aksaklık, olumsuzluk ve aynı zamanda olumlu uygulamaların da birebir tüm birim çalışanlarıyla ortak paylaşılması önemli. Tüm birim çalışanları derken, klinik şefinden hizmetlisine kadar bütün çalışanların bir arada olması ve herkesin bu bilgileri aynı anda alması gerektiğini düşünüyorum. Bunların birebir toplantılarla aktarılmasının en uygun olduğunu düşünüyorum.

Bir de sürekli olarak sempatik ilişkilerden bahsedildi, işte, biz alttan almamız, bu işi biz yapacağız; belki bu doğru; ama, bu, insanı çok zorlayan bir davranış. İnsan psikolojisini gerçekten zorlayan bir davranış; çünkü, sonuç olarak, biz inandığımız bir işi yapıyoruz. Bu yüzden de çok zorlanıyoruz. Sempatik ilişkilerin hızla profesyonel ilişkiye kaydırılması gerektiğini düşünüyorum.

Sempatik ilişkilerle yaptığımız uygulamaların ya da çalışmaların hepsinin raporlandırılması gerektiğini ve ciddi bir kayıt sistemi tutulması gerektiğini ve bence, bunun, resmi onaylı olması gerektiğini düşünüyorum. Biraz önce konuşuldu, acaba, biz, bu sonuçları başhekimlik ya da idare



kanalıyla resmi yazıyla mı göndersek, yoksa biz kendimiz mi versek. En azından bir komite imzası, bir resmi yazı; sözel değil, her şeyin yazılı olması gerektiği ve hatta, ben, başhekimlik onayıyla, başhekimlik kanalıyla gitmesi gerektiğinin daha doğru olduğunu düşünüyorum. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Ben de teşekkür ederim. Buyurun sayın İÇÖZ.

**Dr. Gökhan İÇÖZ:** Buradaki konuşmalardan hepimizin ortak vardığı kanı, bence, bu olayın kişisel bazda çözümlenmeye başlanabileceğidir. İnsanların, kişisel bazda bu enfeksiyon ve infektif komplikasyonlara karşı ilgisi varsa, bu konudaki dışarıdan eğitimi, dışarıdan yapılan önerilere karşı açık olacaklardır. Yine kişisel bazda ilgili kişilerle bağlantı kurularak bu konunun yavaş yavaş çözümlenmesi gerektiğini düşünüyorum.

Sempatik kanalların sürdürülmesini savunarak birden kesin kurullarla bu konu içine girsek, zaten önyargılı ve negatif şekilde yaklaşan kişileri kazanmamız çok zor olacaktır.

Öneri olarak neler olabilir; klinik bazında bu konuyla ilgili, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi ve diğer cerrahi bilimlerdeki kliniklerde bu konuyla ilgili kişilerle bağlantı kurup, yıllık akademik programlarında enfeksiyonla ilgili eğitim seminerleri düzenlenmesi sağlanabilir.

Yine sempatik ve kişisel dedik; sayın ÖZÇELİK'in dediğine yanıt vererek bunu açmak istiyorum. Sempatikliği şöyle aktarabiliriz: Cerrahi bilimler, madem kendileriyle ilişkili hemşirelerin bu konuda eğitim vermesine sıcak bakıyorsa ve bizim ortak amacımız, enfeksiyon konusunu kontrol altına almaksa bu niçin olmasın. Cerrahi, ameliyathane, yoğun bakım tecrübesini yaşamış bir hemşire hanımın enfeksiyon kontrolü ile bu bölümde görevlendirilmesinde bir sakınca olmayacağı kanaatindeyim.

Sadece cerrahlardan da beklememek gerekir, enfeksiyonla ilgili kişilerin yoğun bakımlarda, acil servislerde, ameliyathanelerdeki eksiklikleri gözlemleyip, bunları, yine sempatik kanalla bu klinik sorunlarını gerek klinik başhekimlerine gerek klinik direktörlerine iletip ve bu konuyla ilgilenen asistan, başasistan, şef arkadaşları eğiterek çözüme gidilmesi gerekir diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Sayın KILIÇTURGAY, buyurun.

**Dr. Sadık KILIÇTURGAY:** Aslında, bana çok fazla bir söz kalmadı; herkes çok net bir şekilde durumu anlattı. Bana göre ilk çözülmesi gereken şeylerden birisi, idari sorunlar. Bu komiteye başhekim yardımcısı mı, yoksa satın alma komisyondan birisi mi lütfedilip alınır fark etmez. Bu anlamda bilimsel aktivitesi olmasa bile etkin birinin alınması çok önemli. Çünkü, komitenin aldığı kararların çoğu havada kalan kararlar oluyor, bu kararlar bir türlü satın almaya ya da idareye aktarılmıyor. Her merkez, kendi bazında, idareyle ilgili bir ufak yapılanmayı bu organizasyonun içerisine sokmak zorundadır. Kişisel önerimden birisi bu.

İkincisi, hastane enfeksiyon kontrol komiteleri mutlaka daha aktif bir uğraş içerisine girmek zorundadırlar. Toplumsal yapımız olan, önce çok heyecanla başlayıp, daha sonra duvarlara çarptığımız zaman geri dönüp, işi bir parça rölantiye alma alışkanlığından, haklı gerekçelerimiz olsa bile, enfeksiyon kontrol komitelerinin uzaklaşmaları gerektiğini düşünüyorum. Bu nedenle, gerekirse kan değişimi yapılarak, biraz daha az yorulmuş, biraz daha az problemle karşılaşmış insanlarla komitenin tekrar aktif hale getirilmesi çok önemli noktalardan birisi.

Bir başka çok önemli ayrıntının, hastane enfeksiyon kontrol komitesinin, enfeksiyon hastalıkları uzmanının konsültasyon komitesi olmadığı altı az önce çizildi. Hastane enfeksiyon kontrol komitesinin çok farklı bir komite olduğu, boyutlarının hastane yapılanmasında yeni organizasyonların düzenlenmesinden, cerrahi enfeksiyonlardan ve çok önemli bir başka ayrıntı olan onkoloji klinikleri-çocuk gibi birçok dahili grup hastadaki antibiyotik profilaksilerinin ve protokollerin uygulanmasına el atan oldukça geniş bir kavram olduğu, bu komitenin içerisinde çok farklı branştan insanların bulunduğu bir şekilde hekimlere anlatılmalı.

Kusura bakmayın, alınmayın, bu bir hocamızın, bu komiteyi çok destekleyen, çok iyi iş yaptığını düşünen bir hocamızın samimi itirafı: "Çok memnunum, gel deyince geliyorlar, nasıl ben onlardan faydalanmam?" Bu çok önemli bir gerçek, bu iletişimasyonun belki 24 saat ulaşılabilen bir laboratuvarla, her dakika sorunlarınıza çözüm bulan bir komite yapısıyla gündeme getirilmesi, komitenin sorunlarını büyük ölçüde azaltacaktır diye düşünüyorum. Diğer bir deyişle daha aktif bir uğraş ve katılım, sonucu belirleyen çok önemli bir ayrıntı.

Bu komitenin, sorunların kaynağını çok net bir şekilde ortaya koymak zorunluluğu var. Bunların hangisi hastanenin genel yapısından kaynaklanıyor, hangisi spesifik kişi ya da klinik bağımlı olgular. Bu sorunları, komitenin sık sık yapacağı toplantılarda kendi önüne getirmesi, maddelemesi ve bu sorunların üzerine gitmesi gerekiyor. Az önce sayın AYTAÇ belirtti, “çok teşekkürler, ne iyi oldu deyip, arkasından da nereden çıktı bu laflar” diyen hekim, yüzde yüz eminim, üçüncü defa karşılaşıldığında daha farklı davranacaktır. Ben, bizlerin eğitilebilir olduğuna inanıyorum. O nedenle, ısrarla, kişi bazında ve genellemelerden kaçınılarak olaylar ortaya konmalı. Belki ben diğer konuşmacılardan bir parça daha farklı yaklaşıyorum. “Arkadaşlar, genel olarak şunlara dikkat etsek” değil de, “beyefendi, sizin şu vakalarınızda biraz daha ciddi sorunlarla karşılaşıyor, galiba şu problemlerin çözülmesi, sizin sorunlarınızı çözecek” şeklinde daha net ve somut, daha hedef oryante çözümlerin üretilmesinin gerekli olduğunu düşünüyorum.

Belli aralarla klinik toplantılarının yapılmasının, deminde çok net belirtildi, çok önemli olduğunu düşünüyorum. Bu toplantılarda mutlaka, somut verilerin kliniklere oldukça net olarak aktarılması gerekmektedir. Bu sorunlar, yılda bir kez o yılın verilerinin yazılı olarak dağıtılmasıyla halledilemez. Hastane infeksiyon kontrol komiteleri kliniklerle birlikte mutlaka, bıkmadan, yorulmadan, hiçbirisi suratımıza bakmadı demeden, tekrar tekrar durum değerlendirme toplantıları yapmalıdırlar. Senede en az üç beş kez, ne kadar uygun görülüyorsa o kadar sık aralıklarla, kliniğin durumu hastane infeksiyon kontrol komitesi süreyans çalışma sonuçlarıyla aktarılmalı, kliniğin bütün elemanları bu toplantıda olmalı ve öneriler çok somut olarak ortaya konmalıdır. Bir sonraki toplantıda nereden nereye geldiği tekrardan klinik bazında tartışılmalıdır. Çünkü, bulunan yerler birbirlerine çok yakın gibi gözüküyor olup, nerede olduğumuzu her an kaybedebiliriz. Bütün uğraşın gerçek anlamda sonuca katkısını belirleyecek ve gelecek çalışmaları motive edip anlamlı kılacak çok önemli bir nokta bu toplantılar olacaktır.

Diğer çok önemli bir ayrıntı da protokoller. Yukarıda bahsettiğimiz, eğitim dahil olmak üzere bütün sorunumuzu çözecek en önemli ayrıntının protokoller olduğunu düşünüyorum. Bu protokoller kesinlikle yoruma açık olmamalı, kafada

ne varsa bu soruların hepsinin cevabı protokollerde olmalı. Uygulamalarımızı sadece, hasta bazında, kişisel anlamda tartışarak yapamayız. Bunlar zaten yapılacak ama, genel bir popülasyonumuz var, bu anlamdaki protokollerin mutlaka belirtilmesi gerekiyor. Bu protokoller hem genel bilgileri (temel olarak şurada şunu burada bunu kullanın gibi) hem de hastanenin kendine özgü sorunlarını (flora problemleri vb.) içermeli. Sadece CDC'nin önerilerini alıp bizim kliniklerimize uygulayamayabilirsiniz. Bu bilgilerin ışığı altında mutlaka klinikler kendi protokollerini oluşturmak zorundadırlar. Belki de bu yaklaşım ile deminden beri bahsedilen eğitim sorunuda çözülecektir. Siz protokollerini oluşturduğunuzda zaten eğitimi yapmış oluyorsunuz.

Eğitim! Tabii ki çok önemli bir nokta. Bizim sorunumuz, bence, lisede, ortaokulda veya üniversite eğitiminde, bize mikrobiyologların yanlış bilgi öğretmesinden kaynaklanmıyor. Biz iki sorunu yaşıyoruz. Birincisi, hayali boyutta bir eğitim alıyoruz, bir de rutin yaşama döndükten sonra gerçekleri yaşıyoruz. Bu ikisini birbiriyle bağdaştırabilecek bir formül ancak protokollerle halledilebilir. Yani, eğer, herhangi bir klinikte elini yıkamama alışkanlığına sahip kişiler varsa, bunun bir yığın nedeni var. Siz, istediğiniz kadar 3. sınıfta, elini yıkamak şöyle olur da deseniz, sonuç olarak çalıştığı klinikle karşı karşıya olduğu gerçekler sonucu belirliyor. O yüzden, bu eğitimden benim anladığım, aktif, dinamik, yaşanan eğitimin sağlanmasının gerekliliği. O yüzden, hastane infeksiyon kontrol komitelerinin eğitimle yapmaları gereken şey, bu boyuttaki eğitim olmalı. Sorunun esas kaynağının, yaşanan eğitimde olduğu kanısındayım.

Bizim için biraz tartışılabilir, bu konuya herkes katılmayabilir ama, burada birkaç konuşmacının da belirttiği gibi, SSK'da uygulanmaya başlanmış olan “antibiyotik kontrol komiteleri” kavramı da çok önemli bir ayrıntı. Bu konuda olay olması gereken yere yavaş yavaş oturuyor. Belki bu, bizim bilimsel verilerle çok önceden yapmamız gereken bir işti. Ancak şimdi ekonomik zorluklar bizi bu noktaya doğru itiyor. Herhalde antibiyotiklerin gruplandırılıp, belli gruptaki antibiyotiklerin ancak konsültasyonlarla ve tartışılarak yazılması, antibiyotik antibiyogram sonuçlarının zorunlu hale getirilmesi gibi çok daha detaylı incelenebilecek, daha yeni yapılanmaların mutlaka devreye girmesi gerektiğini düşünüyorum.

Ve son olarak belki de en önemli sorunun olayın sadece bir antibiyotik rant paylaşımı gibi algılanıyor oluşu olduğunu düşünüyorum. Yani, “cerrahların, elimizdeki antibiyotiği bizden almayın haykırışlarına, enfeksiyon kontrol komitesi ve enfeksiyoncularında; hayır, bu bizim rantımız” yaklaşımı... Oysa ki olay bu değil. Hastane enfeksiyon kontrol komiteleri çok geniş kavram, çok farklı bir olgu. Tabii ki işin içinde muhtemelen bir rant paylaşılma işi de var; ama, olayın bundan çıkarılmasının, sadece bu komitelerin çok daha dinamik çalışmalarınıyla mümkün olabileceğini düşünüyorum.

Eğer, bunların bir kısmı yapılabilecek olursa, hastane enfeksiyon kontrol komitesinin yoğun uğraşlarının sadece dalgaya kürek çekmek olmayaacağı inancındayım. Şu anda sanki görüntü böyle gibi. Bu kadar büyük çabayla elde edilen yol, sanki birebir karşılık değil gibi (alkışlar).

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ediyorum sayın KILIÇTURGAY. Şimdi, tartışmacıların sonucusu, en zor konuşmayı yapacak olan sayın ÖZÇELİK'e sözü veriyorum. İnşallah herşey söylenmemiştir.

**Hmş. Fatma Türkan ÖZÇELİK:** Ben, yine, yapmış olduğum anketten iki sonuç vererek konuşmama ve önerilerime başlamak istiyorum.

Komiteniz yılda kaç kez toplanıyor diye sorduk, sadece 3 merkezden “her ay” diye yanıt geldi, diğer merkezler her ay toplanmıyor. Üniversitelerde hemşire başına düşen hasta sayısını sorduğumuzda, 250 yatakla 1000 yatak başına bir hemşire düşüyor; ortalama 450-500.

Cerrahi bölümlerde cerrahi kökenli hemşirelerin daha başarılı olduğu söylendi bir konuşmacı tarafından. Neden biz bu sempatik kanalı seçmeyelim. Eğer, 1000 yataklı bir üniversite hastanesinde bir tane hemşire seçebiliyorsanız, bunun cerrahi mi, dahiliye mi, yoksa en uygunu hangisi diye ona göre seçmeniz gerekiyor mu ?

Kültür gönderilemiyor, gönderilse bile takip edilmiyor. Bu sorun hala devam etmekte. Biz, bu konuya bir çözüm bulamadık.

Hemşirelerin tanı koyamayacağı düşüncesi var demiştik. Yine, CDC kurallarına göre, bir enfeksiyona nozokomiyal enfeksiyon diyebilmeniz için doktorun da onaylaması gerekiyor. Eğer, epikrizlerde günlük gözlemlerde yazılmıyorsa ve doktor da tamam demiyorsa buna nozokomiyal enfeksiyon diyemiyorsunuz ve bu arada bir de kültür gönderimi yoksa tabii ki.

Sempatik ilişkiler yerine profesyonel ilişkileri, hemşire sayımızı söyledik ve anahtar personel dedik enfeksiyon kontrol hemşireleri için. Bu 13 merkezden 18 hemşire bize yanıt vermişti, anahtar personel olduğuna 14 tanesi inanıyor, 4 tanesi inanmıyor. Bunların içinde, maalesef, bütün kapıları açabiliyorum diyen sadece 4 hemşire var. Neden açamıyorsunuz diye sorduğumuzda “neden bütün kapıları ben açıyorum” yanıtı var veya eğer, ben anahtarsam, bu anahtarı çevirecek bir el lazım, yani etkin bir komite.

Biz, en son “umutlu musunuz, bu işten umudunuz var mı, umutsuzluğa kapılıyor musunuz” diye sorduk; 18 hemşireden 16 hemşire...

**Oturum Başkanı:** Umuttan neyi kastediyorsunuz, yani işine devam etmek istediğini mi, işinde istikbal görüp görmediğini mi, yoksa durum düzelir diye beklentisinin olup olmadığını; hangisi?

**Hmş. Fatma Türkan ÖZÇELİK:** “Ben, enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak bir şeyler yapabiliyorum” diye umudunuz var mı?

**Oturum Başkanı:** Yani, komitenin çalışmaları açısından buna bir katkıda bulunabilir miyim umudu mu?

**Hmş. Fatma Türkan ÖZÇELİK:** Evet. Onaltı hemşire umutsuz olduğunu söyledi. Bu da bize cevap veren hemşirelerin %87'sini teşkil ediyor. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Sunduğunuz istatistiklere bakıldığında katılanların %87'si, çalışmaların sonuçlanacağından umudum yok diyor?..

**Hmş. Fatma Türkan ÖZÇELİK:** Evet.

**Oturum Başkanı:** Değerli katılımcılar, tartışmacıların önerilerini dinlediniz. Burada kısa bir özet verecek olursam, eğitim, en önde gelen konu. Lisans düzeyinde eğitimle başladı, ondan sonra eğitimde denetim ve yaptırımlardan bahsedildi, sonra eğitime biraz daha ayrıntı getirildi. Eğitimde, daha çok hastane enfeksiyon kontrol komitesinin üyeleri ve buna inanan anabilim dalı başkanları, şefler, daha sonra asistan ve hemşireler, yani etkin kişiler dikkate alınmalı dendi. Sonra, enfeksiyon kontrol komitesindeki bireylerin ilişkilerinden bahsedildi. Burada hemşire büyük bir öncelik kazandı. Hemşirenin olaya yaklaşım biçimi ve yaklaşabilecek biçimde bir kişiliğinin olması, sonuçta kişilik olarak, kültür düzeyi olarak ve mesleki kalitesiyle özenle seçilmesi

gerekliliği söylendi ve cerrahi grup infeksiyon kontrol komitesi ilişkilerinin önce sempatik olarak başlayıp, daha sonra profesyonel düzeye taşınması olayı gündeme getirildi.

İnfeksiyon kontrol komitelerinin, cerrahi gruplarla komite arasındaki ilişkilerin yürütülmesinde aktif bir uğraş içinde olması önerisinde bulunuldu ve bu aktif uğraşta da protokollerin önemli yerinin olduğu; protokollerin, hem infeksiyon kontrol komitesinin çalışma protokolleri veya buna ilişkin protokoller hem de eğitim açısından yönlendirici protokoller olması ileri sürüldü.

Son olarak da, bu komitenin çalışmalarının sonuçlarının mutlaka ilgilendirdiği kişilerle birlikte kombine toplantılar yapılarak değerlendirilmesi ve bu toplantıların sık aralıklarla bir bilgi iletimi ve alışverişini sağlayıcı biçimde olması önerildi. Burada, konuşmacılar arasında, tüm kayıtlar dikkate alındığında; bir konuda konsensus sağlanamadı. Üç konuşmacı bu konuya değindi ve hepsi de, bir diğer konuşmacının aynı fikrine karşı çıktılar. Bu fikir; infeksiyon kontrol komitelerinin infeksiyon hastalıkları anabilim dalından görevlendirilen kişinin etkin olduğu ve onun idaresinde olan, direkt olarak infeksiyoncu tarafından otonom konsültasyonu yapılan bir sistem olduğu, tüm üyeleri ile grup halinde değil de infeksiyoncunun dominant olarak çalıştığı bir komite olduğu, hatta infeksiyon hastalıkları anabilim dalına doğrudan bağlı bir komite olduğu idi. Evvelce de belirttiğim gibi 3 konuşmacı buna itiraz ederek; "hayır, multidisipliner bir komitedir ve bu komitede, bireyler olarak herkes eşit görev paylaşımına sahiptir" dediler, "infeksiyoncu, burada, kendi bilim alanından komiteye katkılarda bulunur" dediler.

Şimdi, bu konuyu kristalleştirmek lazım. Kamuoyunu öğrenmek için küçük bir oylama yaptım. Şöyle diyelim: İnfeksiyon kontrol komitesi, multidisipliner bir komitedir ve herkes kendi bilim alanı ile ilgili olarak, yeteri kadar katkıda bulunur. Bu fikri kabul edenler... Büyük bir çoğunluk evet dedi!

İnfeksiyon kontrol komitesi, bu başlık altında infeksiyon hastalıkları anabilim dalı uzmanının konsültasyona gittiği bir sistem olarak çalışır. Bu fikri benimseyenler... Bir kişi net!

Demek ki, birinci fikirde konsensus sağlanmış durumda. Şimdi, bütün söylenen konularda

fikirler kristalleşti. Katılımcılardan, bu önerilere katkıda bulunmak isteyenler. Buyurun efendim.

**Dr. Mehmet DOĞANAY:** Teşekkür ederim. Şimdi, bir konunun karıştırıldığını görüyorum. Eğer, infeksiyon kontrol komitesi, infeksiyon hastalıkları anabilim dalının komutasındadır, mikrobiyolojinin komutasındadır, cerrahinin komutasındadır, falan yerin komutasındadır diye yola çıktığımız zaman, başladığımız bu işi burada kapatmış oluruz, ileriye gidemeyiz.

Burada şunu açıklığa kavuşturmak istiyorum. İnfeksiyon hastalıkları pratiğiyle, uygulamalarıyla infeksiyon kontrolünü birbirine karıştırmamak lazım. İnfeksiyon kontrol komitesi multidisiplinerdir, idari bir yapılandırılması olması lazım, yasal zemini olması lazım. Burada bazı sıkıntılar var. Türkiye'de bunlar aşılmalıdır; fakat, bu komitenin en önemli unsuru infeksiyon kontrol hemşiresi, infeksiyon kontrol doktorudur. İnfeksiyon kontrol hemşiresi profesyonel olmalıdır, amatör olmamalıdır. Ben, burada görevlendirileceğim, ben bu işi yapacağım dediğiniz zaman, sayın ÖZÇELİK'in söylediği umutsuzluğa kapılırsınız. Eğitiminiz, hemşirelik eğitiminden sonra infeksiyon kontrol hemşireliğinin eğitimi şeklinde yapılıp ve orada istihdam edilmelisiniz.

Sayın GÜNAYDIN birşey söyledi, çok önemli, başhekim değişerek falan değil; siz, mikrobiyologsunuz, hangi başhekim veya hangi dekan sizin mikrobiyolog uzmanlığınızı değiştiriyor, değiştiren var mı?

İnfeksiyon kontrol hemşireliği ayrı bir meslek olarak dünyada yerini almıştır. İnfeksiyon kontrol doktorluğu klinik mikrobiyolog olabilir, infeksiyon hastalıkları uzmanı olabilir. Bu mikrobiyoloji uzmanlığından sonra veya infeksiyon hastalıkları uzmanlığından sonra bu işte gerekli mezu niyet sonrası eğitimini tamamlayarak, sertifikayla -Türkiye'de bunun yasal zemini yok henüz- bu konuya gönül verip, ama devamlı orada istihdam edilmek üzere görev almalıdır. İnfeksiyon kontrol komitesinin diğer üyeleri, bu konuda yararlı olabileceğine inanılan, güvenilen kişiler tarafından oluşturulmalıdır; ama, iki ayak fevkalade önemli ve profesyoneldir, amatör değildir. Amatör giderseniz, umutsuzluğa kapıldığında, ben, gider infeksiyon hastalıkları uzmanlığımı yaparım der işin içinden çıkarsınız. Bu işi meslek olarak seçtiğinizde sonuna kadar götürme mecburiyetiniz vardır; çünkü, o iş, sizin işinizdir, sizin mesleğinizdir.

İnfeksiyon hastalıkları, günlük pratiğiyle sözler arasında karıştırılıyor. Efendim, şu hastaya şu antibiyotiği yazabilir miyim; hayır, olay öyle değildir. Sizin kliniğinizde bir cerrahi yara infeksiyon problemi varsa, infeksiyon kontrol komitesine şunu sorarsınız: “Arkadaş, benim oranım şudur, bu oran nasıl düşürülür, neden artıyor, bunun kaynağı nedir, nasıl bulaşıyor?” Siz, o hastanıza hangi antibiyotiği nasıl yazacaksınız; o sizin işinizdir.

İnfeksiyon kontrol komitesi, politikaları, hastanenizde hangi düzeyde hangi antibiyotiklerin bulundurulmasında yarar vardır, bunları belirler. Eğer, hastanenizin ekonomiye doğru bir gidişi varsa, kontrol komitesi buna zemin hazırlar. Zemin hazırlarken teorik değil; sizin 1 yıl önceki çalışmalarınız nedir, direnç oranınız nedir, hangi antibiyotikler ne kadar kullanılmıştır, ne kadar rantabl kullanılmıştır; bunların hepsini üst üste koyar dersiniz ki, hastane eczanemizde şunlar kullanılmalıdır ve bunlar şu şekilde kullanılmalıdır. Profilakside kılavuzlar oluşturulabilir hastane düzeyinde.

Sayın KILIÇTURGAY’a, siz profilakside şu antibiyotiği kullanacaksınız diye dikte ettiremezsiniz; kılavuzlarınızı ortaya koyarsınız.

Şimdi önerilerimi söyleyeyim:

Eğitim; bu işin vazgeçilmez ögesi. Eğitimi de değişik kategorilerde almak lazım. Tıp fakültesi öğrenci eğitiminde...

**Oturum Başkanı:** Onlar söylendi. Sizin bunlara ilave olarak bir öneriniz var mı?

**Dr. Mehmet DOĞANAY:** O zaman başlık halinde söyleyeyim. Sayın Başkanımız cerrah olduğu için kısa kesmek durumundayım.

**Oturum Başkanı:** Hayır efendim, öneriler söylendi, özgün bir öneriniz varsa, katkıda bulunacak bir öneriniz varsa lütfen onu söyleyin? Özetlemeyi ben yaptım zaten...

**Dr. Mehmet DOĞANAY:** Eğitim, organizasyon, iletişim, kurumlaşma için yasal zemin, etik kurallar ve infeksiyon hastalıkları konsültasyonu ile infeksiyon kontrol komitesinin işlevlerinin birbirinden farklı olduğunu vurgulamak istiyorum. Çok teşekkür ederim sabrınız için.

**Oturum Başkanı:** Ben size bir soru yöneltmek istiyorum.

Şu anda, Türkiye'nin yukarıda belirttiğim platformunda infeksiyon kontrolü açısından gel-

diği ihtiyaç noktasında mevcut yasal düzenlemeler yahut da idari düzenlemeler yeterli midir, değil midir?

**Dr. Mehmet DOĞANAY:** Yeterli değildir.

**Oturum Başkanı:** Peki, bu yetersizliği çözmek, ortadan kaldırmak için görevlendirdiğiniz kurum neresidir? Tek bir cümleyle rica ediyorum, izaha gerek yok.

**Dr. Mehmet DOĞANAY:** Biz görevlendirmeye yetkili değiliz. Sağlık Bakanlığı bu konuda yetkilidir.

**Oturum Başkanı:** O halde görevlendirilmesini düşündüğünüz sistem nedir?

**Dr. Mehmet DOĞANAY:** Hastane İnfeksiyonları Derneği çok genç bir dernek. Bu konuda, biz, birtakım hazırlıklar içerisindeyiz ve Sağlık Bakanlığına sunacağız. Zannediyorum ki, önümüzdeki 6 ay içerisinde bu konuyu olgunlaştırıp Sağlık Bakanlığına sunmuş durumda olacağız. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun efendim.

**Dr. Başak DOKUZOĞUZ:** Teşekkür ederim. Tüm katılımcılara, konuşmacılara da teşekkür etmek istiyorum. Bugünkü bu oturumun başlığına bakınca, cerrahlarla infeksiyoncuların, tabiri caizse, kapışacakları bir oturummuş gibi hissediyor insan...

**Oturum Başkanı:** İnfeksiyon kontrol komitesinin... Lütfen... O anlayışı aştık biraz evvel dikkat ederseniz.

**Dr. Başak DOKUZOĞUZ:** Tamam; ama, asıl önemlisi, 4 günlük bir etkinliğin bitmesine yarım saat kala, şu kadar insanın bu konuda fikir yürütüyor olması da gösteriyor ki, biz, aslında, bu davanın neferleriyiz, biz bu işe gönül vermiş cerrahlarız, infeksiyoncularız, doktorlarımız, hemşirelerimiz. Biz birşeyi paylaşmıyoruz; biz, birşeyi birlikte üretiyoruz. Sorunların çözümünde en önemli nokta olan eğitimi de üretirken birlikte üreteceğiz.

Sayın KILIÇTURGAY'ın iki lafı bana çok çekici, çarpıcı geldi. Bir tanesi, “bize anlatılması lazım”; size anlatılması lazım değil, siz anlatacaksınız; yani, infeksiyoncular, gidip de cerrahlara, infeksiyon kontrolünü nasıl yapacaklarını anlatmayacak; cerrahlar, yerine göre, infeksiyonculara anlatacak; çünkü, sadece el yıkama, sadece ortam temizliği veya antibiyotik kullanımı değil, cerrahi

teknikğin değiştirilmesi de infeksiyon kontrolüdür. Bunu, biz, birlikte üreteceğiz.

**Oturum Başkanı:** Orada bir saptama yapalım.

**Dr. Başak DOKUZOĞUZ:** Lafım bitsin mümkünse...

**Oturum Başkanı:** Sayın KILIÇTURGAY'ın söylediği farklı bir şey. Cerrahi gruplarla iletişimi tartıştığımız için, cerrahi gruplara infeksiyon kontrol komitelerinin çalışma stratejileri anlatılmalı ve datalar paylaşılmalı dendi.

**Dr. Başak DOKUZOĞUZ:** Dataların paylaşılması başka şey, stratejileri birlikte oluşturmak başka şey, genel doğruları birlikte başkalarına anlatmak başka şey diye düşünüyorum. Bu kapsam içinde, siz, protokolleri oluşturursanız çözüm gelir; hayır, biz, protokolleri hep birlikte oluşturacağız. Bunun için, ben, KILIÇTURGAY'ın yaklaşımını örnek verdim, ama karşı çıkmıyorum. En azından şurada olan bir cerrah, bu eleştirileri getiren bir cerrah olduğu için saygı duyuyorum, teşekkür ediyorum, söylediğine itiraz etmiyorum; ama, yaklaşımı hep birlikte değiştirmemiz gerektiğini düşünüyorum.

Bunun için, bu toplantıda benim çözüm önerisi olarak önerim; cerrahi derneklerinin, branş derneklerinin de konuyu kendi toplantılarında ele almaları...

**Oturum Başkanı:** Mesela Türk Cerrahi Derneği var.

**Dr. Başak DOKUZOĞUZ:** Örneğin olabilir. Zaman içinde, umut ediyorum ki, genel cerrahi kongresinde, cerrahların, bizim hastanemizde infeksiyon kontrol programında biz şunları yapıyoruz veya o hastane bunları yapabiliyor mu tartışabilsinler. Tıpkı bir cerrahi teknikini tartıştıkları gibi, cerrahların, infeksiyon kontrolündeki etkinliğini tartışabilecekleri ortamların oluşacağı toplantılar düzenlenebileceğini düşünüyorum. Önerim; cerrahi derneklerinin hastane infeksiyonunun kontrolü konusuna kendi kongrelerinde yer vermeleri. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Konuşmanızın başında ifade ettiğinizle sonunda hafif bir çelişki oldu, onu düzeltir misiniz acaba; "bu olayı birlikte düzenleyelim" dediniz, sonra da "cerrahi dernekleri bu olayı kendileri tartışsınlar" dediniz.

**Dr. Başak DOKUZOĞUZ:** Hayır...

**Oturum Başkanı:** Bunu şu şekilde kabul etmek lazım: Mesela: Hastane İnfeksiyonları Der-

neği'yle cerrahi dernekler oturup bu konuda bir planlama, bir protokol oluşturabilirler mi?

**Dr. Başak DOKUZOĞUZ:** Tabii ki; zaten, Hastane İnfeksiyon Derneği'nin hedefleri içinde de vardır bu.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun efendim.

**Dr. Yasemin HEPER:** Değişik bir önerim olacak. Hastane infeksiyon kontrol komitelerini yapılandırırken, sadece bu işe gönül veren, inanan kişiler değil, aslında, sorun teşkil eden bölümlerden, sorunlu kişileri aramıza alsak, kaleleri içeriden fethetmek daha güzel olmaz mı?

**Oturum Başkanı:** Olabilir, değişik bir yaklaşım. Buyurun.

**Dr. Mehmet Ali ÖZİNEL:** Aslında söylendi; ama, altını çizmek istiyorum; çünkü, gözden kaçtı diye düşünüyorum; başkanın notları arasına bile girmemiş. Bu komitenin işi antibiyotik tavsiye etmek ya da antibiyotik önermek falan değildir. Nihai hedef, belki, antibiyotik kullanımını rasyonel hale getirmek ve direnci azaltmak. Böyle bir problem olmasa ne komiteye gerek var ne de bu çabalara gerek var zaten. Nihai hedef bu; ama, iletişimi kolaylaştırmak için hemen gidip de şu antibiyotiği nasıl yapıyorsunuz diye başlarsak işe başlayamıyoruz. Antibiyotik konusunu en sona bırakarak, ilişkileri iyice pekiştirdikten sonraki bir döneme bırakarak işe başlamak iletişimi rahatlatacaktır diye düşünüyorum, yani kolaylaştırıcaktır diye düşünüyorum.

Bir de eğitim konusunda önerim var. Biz kendi hastanemizde uyguluyoruz. Komite olarak her dekan değiştikçe yeni dekana gidip talebimizi yineliyoruz. Bütün anabilim dallarının yıllık eğitim seminer programları içerisine infeksiyon kontrolü, antibiyotik kullanımı gibi komitenin eğitmeye ya da düzeltmeye çalıştığı konuları, o birimin kendi seminerleri içerisinde kendi kendilerine çalışmalarını koymalarını dekanlık tarafından tavsiye ettiriyoruz bölümlere, böyle bir ricada bulunuyoruz. Dekanlar da buna uyuyorlar, şimdiye kadar bu iş hep tuttu. Her yıl, cerrahların, ortopedistlerin, beyin cerrahlarının, dahiliyecilerin, pediatristlerin programları arasına konuyla ilgili eğitim programlarının konmasını dekanlık tarafından istiyoruz; yürüyor.

**Oturum Başkanı:** Tabii, daha pratik yöntem, bunları bilenlerden dekan seçmek olabilir.

**Dr. Mehmet Ali ÖZİNEL:** O da iyi bir fikir. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Buyurun efendim.

**Katılımcı Bayan:** Bir katkıda bulunmak istiyorum. Bunlar çok güzel, hepsini tartıştık, çok güzel şeyler çıktı, bütün katılımcılara çok teşekkür ediyorum; ama, acaba, biz, infeksiyon kontrol komitesi olarak, belki minik, ama bir ödüllendirme yapabilirsek, istediklerimizi belki daha rahat kabul ettirebiliriz.

**Oturum Başkanı:** Öneriniz nedir?

**Katılımcı Bayan:** Bir ödüllendirme yapalım; mesela, bir genel cerrahi servisinde üremeleri tespit ediyoruz, bölüm başkanına diyoruz ki: Sayın hocam, şunlar şunlar görülmüştür bölümünüzde, ne yapabiliriz; şunları yapabilir miyiz? Zaten buna hep tamam deniyor, hayır yok zaten, toplum olarak hayır demeyi pek sevmiyoruz biz; hep herşeye evet diyoruz, başımızı sallıyoruz; ama, uygulamaya gelince kalıyor.

Bir başhekim hanım var orada “biz zaten komitenin başkanınız” dedi; doğrudur, katılıyorum; ama, herşey dinleniyor, haklısınız deniyor, ama uygulamaya sıra gelince, düşünüyoruz, ondan sonra dönüp dolaşıyor maddiyata bağlanıyor.

**Oturum Başkanı:** Ödüllendirme önerisi nedir?

**Katılımcı Bayan:** Hiçbir şey yapamıyorsak, bilemiyorum, kişisel fikrim, acaba, çağırıp, sizinle görüştük, şunları tespit ettik, şunları yapabiliriz üzerinde durduk; siz uyguladınız, teşekkür ederiz demek de bir ödül olarak yeterli olabilir diye düşünüyorum.

**Oturum Başkanı:** Daha iyi bir ödüllendirme yapabilirsiniz; bu klinikte infeksiyon oranı şu kadar düşmüştür diye ilan edebilirsiniz; o iyi bir ödüllendirme.

**Katılımcı Bayan:** O da olabilir; ama, insanları biraz daha motive etmek açısından fikrimi paylaşmak istedim. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun. Kusura bakmayın, söz sırasına göre söz veriyorum; Genel Sekreterimiz tekrar el kaldırdı da...

**Dr. Semra ÇALANGU:** Teşekkür ederim. Ben, bir iki söylenmeyen şeyi söylemek istiyorum. Eğitimin üzerinde duruldu; bir tanesi, siz sonunda değindiniz, hastanelerde infeksiyon hızını kliniklere göre bildirme, hastane açısından kötü olur düşüncesiyle sadece bireysel olarak o kliniğe yapılmakta.

Benim önerim ise, işi daha globalleştirmek; yani, hiç olmazsa, belli aralıklarla, bizim hastanemizdeki hastane infeksiyonu hızı en düşük servis budur diye; madem ki çoğunu bildiremiyoruz, yani bizim hastane infeksiyon kontrol komitemiz bildirmiyor, ben bilmiyorum cerrahilerimizdeki infeksiyon hızı ne kadardır. İnfeksiyon hastalıkları servisinde olduğum halde bunu bilmiyorum. Bunu, hiç olmazsa, en az olan budur diye bildirmek, daha sonra işi büyütme; yani, İstanbul'daki özel hastaneler arasında infeksiyon hızı en düşük olan hastane budur diye, hastanelerin başarısı kriterleri içerisinde infeksiyon hızının düşüklüğünü de sokmak; şu kadar ameliyat yapılıyor olmakla övünmek yerine....

**Oturum Başkanı:** Yalnız, çok ciddi bir sorun var; onun doğru rakamını saptamada sorunlarımız var. Bu iş, izlemeyi mi teşvik eder, yoksa doğru söylemeyi mi teşvik eder, onu iyi hesap etmek lazım. O konudaki öneriniz nedir? Bunun doğrusunu nasıl elde edebiliriz?

**Dr. Semra ÇALANGU:** En azından amaç yolunda doğru çalışmamızı teşvik eder. Ben, Sayın ÖZİNEL'e çok katılıyorum. Burada infeksiyon kontrol komitesinde cerrah mı olsun, antibiyotiği cerrah mı yoksa infeksiyoncu mu seçsin, hastanın sahibi kim olsun değil tartışma; tartışma, hastadan yana tavır koyabilmek, hastanın iyiliğine çalışabilmek; hastanenin ya da cerrahın değil. Amacımız, hastanın iyiliğidir. O nedenle, ikinci önerim de hasta haklarına sahip çıkmak.

Burada hesap sorması gereken infeksiyoncu değildir, infeksiyon kontrol hemşiresi değildir; hesap sorması gereken, bizzat hastanın kendisidir. Gerekirse, hastalar, postoperatif infeksiyon nedeniyle ya da hastane infeksiyonu nedeniyle başlarına gelenden ötürü hastaneleri mahkemeye verebilmelidirler ve biz, bunun arkasında olmalıyız, tanık olarak ya da bilirkişi olarak; ama, korumamalıyız meslektaşlarımızı belki, hastanın arkasında olmalıyız. Yani, biraz çuvaldızı kendimize batıralım.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun sayın kongre sekreterimiz.

**Dr. Dilek ARMAN:** Ben, aslında, Dernek Başkanımız sayın DOĞANAY'ın söylediklerine ek olarak bir şeyler söylemek istiyordum.

Hem hastane infeksiyon kontrol hemşiresi tanımını ve görev tanımını açısından hem de hastane epidemiyoloğu açısından. Bilmiyorum, hemşire

hanımlar arasında, bu işle ilgili özel bir sertifika almış olan var mı? Doğrusu, yurtdışında bunun için de özel bir sertifika veriliyor mu kısmını bilmiyorum; ama, hastane epidemiyoloğu olmak için ayrı bir eğitim sözkonusu. Bugün Türkiye’de sadece bir kişi, sayın Yeşim ÇETİNKAYA, Hacettepe’de çalışıyor; bu sertifikaya sahip.

Sonuçta, belki, iletişimle direkt ilişki değil; ama, indirekt ve güçlü bir ilişkisi olduğunu düşünüyorum yine de. Sertifikalı programlardan görevi belirlenmiş insanların bu işte çalışıyor olması iletişimi kolaylaştıracak, saygınlığı arttıracaktır diye düşünüyorum. Bu anlamda da zannediyorum, derneğimize görev düşüyor, belki yetkili kurumları buna zorlamak adına. Belki master ve doktora programları; belki de üst ihtisas; nasıl formüle edilir bilmiyorum. Ama, bir şekilde sertifikalı olmalı. Nitelikli insanlar bugün gönülleriyle çalışıyorlar, yıllarını veriyorlar; ama, yine sayın DOĞANAY’ın söylediği gibi, bir yönetim değişikliği, bu insanların, o işten tamamıyla uzak bir yerde görevlendirilmeleriyle sonlanabiliyor. Bunun önüne geçmek de ancak belgelendirme ile mümkün diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Hastane infeksiyon kontrol komitesinde çalışacak olan bazı bireylerin sertifikaya olmaları gerekliliğini....

**Dr. Dilek ARMAN:** Hastane epidemiyoloğunu ifade ettim.

**Oturum Başkanı:** Sadece hastane epidemiyoloğu, hemşiresi değil..

**Dr. Dilek ARMAN:** Hastane epidemiyoloğu... Cerrahi birimden bir temsilcinin ayrı bir sertifikaya ihtiyacı olacağını düşünüyorum.

**Oturum Başkanı:** Olabilir yani, niye olmasın.

**Dr. Dilek ARMAN:** Tanım farkı.

**Oturum Başkanı:** Buyurun.

**Dr. Kurtuluş TÖRECİ:** Efendim, belki, konuyu başarısızlığa iten sebeplerden bir tanesi, bu komitelerin oluşturulması ya da bu komitelere seçilen kişiler oluyor. Ben, en azından, bizim fakültemizdeki uygulamayı söyleyeyim. Bizim hastane infeksiyon kontrol komitemiz var, antibiyotik kontrol komitemiz var. Böyle bir komite oluşturulacağı zaman, tabii ki, yöneticiler canı gönülden destek verirler; ama, sonra birtakım imkansızlıklar karşımıza çıkar. Böyle bir komite oluşturulacağı zaman, zaten işlerle daha çok ilgili olan, daha gayretli görülen kişiler, öbür işlerinin ara-

sında hani bunu da yaparlar gibi o kişiler seçilir; ama, bu göreve atandı diye, o kişilere, bu görev için ayrıca bir zaman ayırmak imkanı verilmez. Örneğin, öğretim üyelerinin dersleri hesaplanırken, verdiği dersler, seminerler, yürüttüğü asistan tezleri vesaire; bunlar sayılır, ama böyle bir komitedeki işi görev sayılmaz.

Bizim İstanbul Tıp Fakültesi’nde, 1989’dan bu tarafa yeterince başarılı olamayan bu komiteler, o komitelerde çalışan arkadaşların, zaten diğer işlerinin çok fazla olması, onların zaten çok çalışan kimseler olmasından da biraz kaynaklanıyor. Halbuki, bu komitelere seçilen kişilerin, mesela, zamanının %30’unu, %25’ini bu işe ayırabilecek gibi, onu, belki, başka görevlerden biraz daha almak gerekiyor. O zaman, zaten çok çalışan, çok meşgul olan kişilere bu türlü görevler de ekstradan verildiği için, o zaman yeterince başarılı olamıyor.

Dolayısıyla, bu komite üyelerini, başka görevlerden azat ederek bu işe zaman ayırmasını sağlamak gerekir.

**Oturum Başkanı:** Yani, komiteye seçilmiş olan kişilerin, bunu istekle yapabilmesi için karşılığında bir eğitim yükü olabilir, bir fazla puan olabilir, mesela döner sermaye katkı payı olabilir, bir miktar fazla; çünkü, çok iş yapıyor; onun gibi bir şey öneriyorsunuz. Buyurun efendim.

**Hmş. İlkay KIYMAZ:** Bizim hastanemizde 2 sene önce kuruldu, biz daha yolun çok başındayız, henüz yol kat etmedik. Bizim hastanemizde kurulduğunda “hemşirelerin eğitilmesi gerekiyor” denildi. Bizim hastanemiz ortopedi ve cerrahi ağırlıklı bir hastane. Üzülerek söylüyorum, bazı infeksiyon hastalıkları uzmanı da “hemşirelerin eğitilmesi gerekiyor” dedi. Bizim hastanemizde, uzman, şef ameliyatı yapıp gidiyor; hasta, asistan, hemşire ve diğer sağlık personeliyle yüze kalıyor. Bence, bu eğitimin içerisine herkes girmeli, sadece hemşireler değil.

**Oturum Başkanı:** Öneriniz, bütün sistemin infeksiyon kontrol komitelerinin işlevleri açısından eğitiminin yapılması.

**Hmş. İlkay KIYMAZ:** Evet, bütün herkes girmeli.

**Oturum Başkanı:** Herkes derken kimleri kastediyorsunuz? Hemşireler, doktorlar...

**Hmş. İlkay KIYMAZ:** Hemşireler, doktorlar ve diğer yardımcı sağlık personeli.



**Oturum Başkanı:** Peki; eğitime bu dahil olmalı. Buyurun efendim.

**Dr. Emel YILMAZ:** Multidisipliner bir yaklaşım olduğunu hepimiz kabul ettik burada. İnfeksiyon hastalıkları uzmanının, konsültan hekim tarafını açmak istiyorum. Hasta başına gittiği zaman, sadece antibiyotiği kesen veya başlayan bir sıfatı yok, eğitimin de bir parçası olduğunu söylemek istiyorum. Konsültasyon için servise gittiği zaman, aynı zamanda toplu eğitimin dışına da birebir eğitim yapmaktadır.

**Oturum Başkanı:** Yalnız, bir noktaya geldik, infeksiyon kontrol komitesinde görev gören infeksiyon hastalıkları uzmanı, infeksiyon hastalıkları anabilim dalı konsültanı değildir, o komitenin bir parçası olarak çalışacaktır, üzerine ne görev düşüyorsa. Bu noktaya geldik.

**Dr. Emel YILMAZ:** Kesinlikle.

**Oturum Başkanı:** Siz, şimdi, konsültasyonla ikisini birleştirmeye çalışıyorsunuz; o noktayı aştık.

**Dr. Emel YILMAZ:** Onu aştık; multidisipliner olduğunu söyledik; ancak, eğer, böyle bir komitenin içerisindeyse ve konsültasyona gitmişse eğitimi de birebir yapabilir. Belki, bu tarzda bir kişi olabilir.

**Oturum Başkanı:** Komite ona, gittiğin yerde eğitim yap diyorsa; çünkü, komite buna karar verecek, kendi başına gidip bir yerde eğitim yapamaz. Şu anabilim dalında şu hedef kitleye eğitim verelim diyecek, o da görevlendirilirse bu eğitimi yapar. Burada hiçbir sıkıntı yok zaten.

**Dr. Halis AKALIN:** Hocam, ben burada itiraz ediyorum; bir infeksiyon hastalığında, konsültasyonla sürekli ilgili klinikte eğitim yaptırabilir, bu serbesttir.

**Oturum Başkanı:** Öğretim üyesi olarak eğitim ayrı, infeksiyon kontrol komitesinin öngördüğü eğitimler farklı, çünkü komitenin dışında olması mümkün değil, komite karar verecek.

**Dr. Halis AKALIN:** Yani, bu eğitim için komiteden izin almaya gerek yok.

**Oturum Başkanı:** Hayır; lisans ve lisansüstü eğitim programı için bir tartışma yapılmıyor. Ama, infeksiyon kontrol komitesinin işlevleri arasındaki eğitimin biçimi farklı. Lisan eğitiminde olsun mu olmasın mı? Şayet, siz, infeksiyon kontrol komitesinin işlevleri içine giren konularda lisans eğitimine ders başlıkları koyuyorsanız o ayrı bir tartışma konusu.

Bakanlık yönetmeliklerinde belirtilen şekilde düzenlenmiş bir infeksiyon kontrol komitesi var, bu, alt başlıklara ayrılmamış. Burada eğitimde sorun var dikkat ederseniz, herkes eğitimi başka türlü tarif ediyor, en ayrıntılı sayın IŞIK tarif etti, şöyle olmalıdır diye. Ondan sonra lisans düzeyinde eğitim olmalıdır denildi, eğitim orada da olmalıdır. Diğer taraftan sayın KILIÇTURGAY, “bir ara jenerasyonu yaşıyoruz dedi. Eğitimi hiç olmayan bir grupla, eğitilme çabasında olan ve olaya giriş yapan bir geçiş jenerasyonunu, birlikte görüyoruz. Transisyonel zodayız şu anda” dedi. “Onun için, bizim, hedeflerimizi iyi belirlememiz lazım” dedi. Burada önemli olan olay, idari ve yasal tedbirlerin neler olması lazım geldiğini kararlaştırarak gerekli girişimleri yapmaktır. Duygusal, sentimental bir davranış biçimi, sorunları çözmez. Efendim, biz öğretim üyesiyiz, her türlü eğitimi yaparız dersiniz; o ayrı bir konu. Bu düşünce tarzının bu tartışma içinde yeri olmadığına inanıyorum.

Ben sözünüze itiraz etmiyorum, ben genel saptama yapmak için uğraşıyorum, sizin söylediklerinizle ilgili bir açıklama yapmıyorum.

**Dr. Halis AKALIN:** Ben şuna itiraz ediyorum: Tabii ki, bir lisans eğitimini komite verir; ama...

**Oturum Başkanı:** Hayır; komite vermez; lisans eğitimi fakülte kurullarının ve dekanlığın yetkisinde, bir anabilim dalı veya kimeyse...

**Dr. Halis AKALIN:** Ona bir sözüm yok; ama, sürekli bir konsültasyon yapmak istediğinizde istediğiniz zaman seminer verebilirsiniz. Bunu bir bürokratik işleme dönüştürürseniz, herşeyi komite belirler diye, o zaman, o eğitim aksar.

**Oturum Başkanı:** Yalnız bir sıkıntımız var. Siz, bir anabilim dalına gidip de seminer vermek isterseniz o anabilim dalının seminer programı içinde yer almanız gerekir. Dikkat ederseniz burada güzel birşey yapıldı; bir spektrumdan geçtik. Önce “sempatik ilişkiler” dendi, ondan sonra “hayır, ilişkiler profesyonel olmalı” denildi, ama sonunda “sempatik ilişkiyle başlamanın yararı var” dendi; yani, zarif bir ilişkiyi yürütebilmek için incitecek her türlü şeyden kaçınarak bir orta yol bulmak ve her türlü konsensusu sağlamak gerekiyor. Doğal olarak, bu aşama bunu gerektiriyor; ama, daha ileri aşamaya geçtiğiniz zaman... sayın DOĞANAY’a kendisinin özel durumunu bildiğim için bir soru yönelttim, o da cevabını verdi. Bir Hastane İnfeksiyonları Derneği var, bu

dernek, eğer İspanya'da olsaydı, Amerika'da olsaydı, konusu ile ilgili kılavuzları yayınlamakla yükümlüydü; ama, Türkiye'de, kendisine yasal bir statü ve görev verilmediği için bu kılavuzları yayınlamıyor. Bu kılavuzlar nasıl yayınlanır; biraz evvel ifade edildi, Türk Cerrahi Derneği ile Hastane İnfeksiyonları Derneği biraraya gelir, bir konsensus toplantısı yapar, bildirgeyi üyelerine dağıtır, kılavuzlar yayınlanır, bundan sonra böyle hareket edeceksiniz arkadaş denir. Kılavuzla uygun hareket etmeyenler cevabını verir, uygun hareket edenlerin iyi sonuçları verilerle ortaya konur. İşte, hadisenin doğal seyrinin bu olması lazım. Türkiye, bu bakımdan son derece karışık bir ortam yaşıyor. Zannetmeyin ki, bu durum hastane infeksiyonlarında böyle; hangi dala barksanız bakın, mesela Türkiye Endoskopik ve Laparoskopik Cerrahi Derneği'nin uğraştığı tek konu, "laparoskopik cerrahi eğitimi kime, nasıl ve ne sürede verilmelidir?" Halen yapılan mesleki hatalar var, çok ciddi ve ölümlü sonuçlanan hatalar var. Duyumlarımıza göre Yüksek Sağlık Şûrası'nda çok sayıda dosya tartışılıyor. Siz, ona bir yasal statü sunmamışsınız ki vereceğiniz cezayı belirleyin. 1219 sayılı tababet ve şubatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanununun 23. maddesine göre hasta karşısında hekime sorumluluklar yüklenmektedir, ayrıca, meslek ve sanatta aceklik ceza hukukuna göre sorumluluğa yol açmaktadır. 14 Nisan 1928'de yürürlüğe giren bir yasaya dayanarak, 72 yıllık yasayla ceza vermeye kalkıyorsunuz! Koşullar farklı. Yani, olay, daha ciddi boyuta taşınmalı ve lojik olarak yasal ve idari tedbirler mutlaka belirlenmelidir.

Öneri bakımından başka katkısı olacak katılımcı yoksa, ben, tartışmacılarla saptama yapmak istiyorum. Buyurun efendim.

**Dr. Selma KARABEY:** Teşekkür ederim. Somut bir öneri getirmek istiyorum cerrahlarla iletişim konusunda. KILIÇTURGAY bir başka değişik şekilde ifade etti. Cerraha spesifik infeksiyon hızlarının bildirilmesinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Amerika'da bunun yararları kanıtlandı. Sadece toplam bir servisin sonuçları değil de, bizzat A cerrahına, B cerrahına kendi infeksiyon hızlarının bildirilmesi.

Yine, okuduğum bir şeyi sizinle paylaşmak istiyorum. Bir cerrah, günlük çalışma ritmi içinde infeksiyon hızının %5'ten %15'e çıktığını fark edemiyormuş. Ne kadar ciddi bir artış; o günlük koşuşturması içinde bunu fark edemiyor; ama, biz,

komite olarak, o sonuçları cerrahlara bildirdiğimizde, bunun, kendi pratiğini gözden geçirmek, kendi cerrahi tekniğini gözden geçirmek açısından bir ton eğitimden çok daha etkili, direkt bir yol olduğunu düşünüyorum. Belki birkaç merkez süreyans çalışmalarının içine bunu çok kolaylıkla "insert" edip başlayabilirler bu uygulamaya ve bir daha ki toplantıda da sonuçlarını konuşma şansımız olabilir diye düşünüyorum.

**Oturum Başkanı:** Efendim, o konuda size bir sır vereyim. Siz, bu bilgiyi cerraha bildirdiğiniz zaman: Örneğini ben kendi anabilim dalımdan vereyim; bizde aylık infeksiyon hızı çalışma gruplarına göre belirleniyor ve ortalama infeksiyon hızı her ay saptanıyor, %2.1'den %4.2'ye çıktığı zaman bu infeksiyon hızını söylüyoruz, "İşler kötü gidiyor" uyarısı yapılıyor. Karşınıza çıkan bütün sorunlar, cerrahi uygulamanın ne olduğuna değil, hastanenin, ameliyathanenin koşullarının ne olduğu, uygun sütür materyalinin satın alınıp alınmadığı gibi sayısız ve halletmeniz mümkün olmayan konulara dayanıyor. Net ve açık olarak kimin nerede, ne hatasının olduğunun saptanması için, mutlaka somut kriterlerin belirlenmesi gerekiyor. İnfeksiyon hızını bildirdiğiniz zaman, tamamen insani ilişkiler içinde ve vicdani olarak karşılanıp ilgili kişinin "evet, ben uygulamalarıma biraz daha dikkat edeyim" demesi ya da infeksiyon hızı arttığı zaman, sizin, birtakım önlemleri alıp, ilgililere gerekli önerilerde bulunmanız lazımdır. Bu önlemlerin önerilme ve tartışılma yeri her anabilim dalı için akademik kurul olmalıdır; çünkü, orada, insanlar, itirazlarını dile getirip, kendi topluluklarının aldığı kararları benimsemek zorunda kalıyorlar. Bugün, fakülte akademik kurulunda dahi böyle bir karara gidemiyorsunuz. Gerçek ortamdan örnek veriyorum ve bu olayları yaşıyoruz.

Dolayısıyla, burada, yine, sistemin kendi hoşgörülü, toleranslı konsensusu çok önemli oluyor; aksi takdirde; sizin bireysel uygulamalarınızda infeksiyon hızınız fazla ise, sizin kontratınızı iptal ediyoruz, hadi güle güle deme imkanı yoktur.

**Dr. Selma KARABEY:** Kastettiğim bu değer zaten.

**Oturum Başkanı:** Efendim, işte, bir cezalandırma ve sizin ifade ettiğiniz parametrenin bir sonucunu almanız lazım. İyi niyet.

**Dr. Selma KARABEY:** Sayın Başkan, sadece ayna tutmak, o aynayı tuttuğunuz zaman ne yapıp yapamayacağını belki biraz o cerrahın insiyatifine bırakmış oluyorsunuz; ama, bunun, yetişkinlerin davranışını etkilemekte önemli, geçerli bir yöntem olduğunu düşünüyorum.

Bir önerim daha var, öneriler listesi arasına girmesinde yarar gördüğüm: Hep eğitimin altını çizdik, ben, bir de yıllardır bu işin içinde yaşayan bir insan olarak, yönetim boyutunun da, ama hastane idaresi anlamında söylemiyorum bunu, bizzat komitede çalışan, özellikle de komitenin aktif üyelerinin bir yönetim eğitiminden, bir sorun çözme eğitiminden geçmesi gerektiğini düşünüyorum; çünkü, bizim tek sorunumuz, kaynaklarımızın yetersizliği değil, kaynakların ihtiyaç sahipleriyle buluşturulmaması. Bunun o kadar çok somut örneğini yaşıyoruz ki kendi kurumumuzda; o yüzden, bir sorunla bir yetersizlikle karşılaşıldığında, bunun üstesinden nasıl gelineceğinin de profesyonel olarak eğitiminin alınmasını çok yararlı görüyorum. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Buyurun.

**Dr. Meral GÜLTEKİN:** Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İnfeksiyon Kontrol Komitesi'nde, Mikrobiyoloji Laboratuvarı sorumlusu olarak görev almış bulunuyorum. Komitede bulunanların görev tanımlamasının ayrıntılı ve net olarak belirlenmesinin ve bu görevlerin yerine getirilip getirilmediğinin izlenmesi gerektiğini vurgulamak istiyorum. Örneğin, mikrobiyoloji laboratuvarının 24 saat hizmet vermesi gerekir ve maalesef, bugün hala, bazı hastanelerimizde mikrobiyoloji laboratuvarları arzu edilen hizmeti sunamamaktadır. İnfeksiyon kontrol komitesinde bulunan mikrobiyoloji uzmanı, bu konudaki sorumluluğunu yerine getirmelidir. Ayrıca, komitede yer alan anabilim dalı başkanlarının görev tanımlamalarına, komite ile ilgili sorumlulukları da eklenmelidir. Öyle ki bu görevlerin başarı ile yerine getirilip getirilmediği, anabilim dalı başkanlığı seçiminde dikkate alınması gereken kriterler arasında olmalıdır. Komitede yer alan tüm üyelerin, görev sorumluluklarını gerçekleştirme başarısı, becerileri özenle izlenmelidir, hesap sorulmalıdır.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim. Buyurun.

**Dr. Uğur SUNGURTEKİN:** Genel cerrahi bölümünde çalışmaktayım, infeksiyon kontrol komitesinde de görevim var. İnfeksiyon kontrol komitesinin hastane içerisinde kurulduktan ve bel-

li bir aşamaya geldikten sonra ancak infeksiyon hızlarının bildirilmesinin daha faydalı olacağına katılıyorum, direkt bildirilmesinin faydalı olmadığını düşünüyorum; çünkü, şu anda bazı cerrah arkadaşlarımız var, çok geniş spektrumlu antibiyotiklerle profilaksi yapıyorlar, kültür alma alışkanlıkları son derece az. İnfeksiyon oranlarına bakıyorsunuz, 3 aylık periyotlarda son derece düşük ve bunu da bir övünç vesilesi olarak söylüyorlar. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Teşekkür ederim efendim. Efendim, her topluluk içinde yaşayan kendi sistemini daha iyi bildiği için, ben, SUNGURTEKİN'in söylediğine çok katılıyorum tabii.

Buyurun efendim, tartışmacılar için 4 dakika süremiz var.

**Hmş. Sabiha AKDENİZ:** En son konuşmacının getirdiği konuyla ilgili infeksiyon kontrol hemşiresinin eğitimi önemli, bunu açıklamak istiyorum. Yurtdışında, Avrupa, Amerika ve İngiltere'de infeksiyon kontrol hemşireliği eğitimleri, 4 yıllık üniversite mezuniyeti sonrası 1 ile 3 yıl arasında değişir ve bu, ayrı bir uzmanlık dalıdır. Bizim ülkemizde maalesef böyle üst eğitim yok. İnşallah, Hastane İnfeksiyonları Derneği Yönetim Kurulu'nda yakında bu konu gündeme gelecek ve belki de seneye, Hacettepe Üniversitesi'nde böyle bir master programı açılabilir. Bu konuda sayın Serhat ÜNAL'a da büyük görevler düştüğünü hatırlatmak istiyorum.

Neden infeksiyon kontrol hemşiresi önemli; hep bunu tartıştık ve gündeme getirdik; çünkü, infeksiyon kontrol hemşiresinin süveyans verilerini çok iyi toplaması gerekiyor. Süveyans verilerini toplayabilmesi için, bir kere, mikrobiyolojiye dayalı çalışıyorsa zaten oranlar, sizde bahsettiniz 1'lerde 2'lerde gezebilir; ama, uygun yatak sayısında uygun infeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilirse hastaya dayalı süveyans sistemi ile daha doğru verilere ulaşılabilir. Verilerin analizinde infeksiyon kontrol hemşiresinin almış olduğu eğitimin içeriğinin rolü çok önemlidir. İyi eğitim almış bir hemşirenin komitenin işlerini kolaylaştıracağı unutulmamalıdır. İnfeksiyon kontrol hemşireliği Avrupa'da olduğu gibi ülkemizde de kısa sürede ayrı bir uzmanlık dalı olmalıdır.

İnfeksiyon kontrol çalışma grubundan bahsetmiştim, aslında bu çok önemli, Dilek ARMAN da bu konuya değindi, komitenin dışında dina-

mizmini yitirmeyen, hakikaten bu alanda uzmanlaşmış, hastane epidemiyoloğu olabilir, başka birisi olabilir, bu çalışma grubu, süreyans verilerini değerlendirip düzenli aralıklarla tartışır ve çözüm önerilerine ortaklaşa karar verirse, infeksiyon kontrolünün tüm cerrahi ekip değil, diğer birimlerde de başarıya ulaşacağına inanıyorum. Hepinize çok teşekkür ediyorum.

**Oturum Başkanı:** Buyurun.

**Dr. Sadık KILIÇTURGAY:** Benim de söylemek istediğim çok kısa bir iki cümle var. Tabii bu soyadla böyle deplasmanda bulunmanın kolay olmadığını ben de biliyorum; ama, tabii ki, ben bir cerrahım. Deminden beri saymaya çalıştığımız hadiseler, eğer, cerrahlarla ilgili sorun varsa, cerrahların mantığı kavranmadan bu sorunun çözülemeyeceği gerçeğiydi.

Biz eğitilebiliriz derken, infeksiyoncular gel-sin bizi eğitsin; onu da kesinlikle kastetmedim. İsrarla vurgulamaya çalıştığım, infeksiyon konsültasyonu ile infeksiyon kontrol komitesinin farklı kavramlar olduğunun altını demin Başkan çizdi, ama ben bir daha bahsetmek istiyorum. Dil sürçerek bile olsa bunu kullanmamamız gerektiğini düşünüyorum. İnfeksiyon kontrol komitesinin içinde cerrah da olabilir, dahiliyeci de olabilir, infeksiyon uzmanı da olabilir; bunlar bir arada çalışırlar. Belki de gelirler, bize, semineri, genel cerrahiden katılan arkadaşımız verir, yanında mikrobiyolojiden görevli arkadaş da olabilir; ama, bu komite farklı bir yapıdadır, bunun anlatılması gerekmektedir. Bunun altını çizmek istiyorum.

Demin sayın AKDENİZ'in sorduğu soruya da bir cerrah olarak cevap vereyim. İnfeksiyon kontrol hemşiresini ya da genelde hemşireleri eğitme daha kolay bir iştir; çünkü, doktorları eğitmek daha zor bir iştir. İdarecilerin de ilk planda çözmeye çalıştıkları için, mümkünse hemşireleri eğitelim, sonra yavaş yavaş belki doktorları da eğitiriz mantığından kaynaklanmaktadır.

Hastalarla primer olarak çok daha fazla uğraşmaktadırlar, tek hendikaları, yaptıklarıyla konsültasyona ya da hastanın müdahavin doktorunun uyuşmamasıdır. Bu, hemşirelerin kafasında soru işareti uyandırmaktadır; yani, ben bunlara dikkat ediyorum, ama adam gelip bunları pek önemsemiyor. Yalnız, pragmatik açıdan bakacak olursanız, muhtemelen, hekim bir defa gelmektedir, hemşire çok sık gelip gitmektedir. Hiç olmazsa,

bu kadar sık görüşen birini biraz toparlayabilirse eğitimle, diğerini daha kolay toparlayabilir düşüncesinden kaynaklandığını zannediyorum.

**Oturum Başkanı:** Buyurun sayın AYDINTUĞ.

**Dr. Semih AYDINTUĞ:** Ben fikrimde ısrar ediyorum. İnfeksiyon kontrol komitesinin multidisipliner bir yapısı olduğu belli de onun infeksiyon hastalıkları kliniğinden çok ayrı olması mümkün değil bana göre. Fikrimde ısrar etmemin sebebi şu: Bir hastanede, örneğin ortopedide 8 gün süren yağ nekrozundan söz edilir ve hiç kültür yollanmazsa, bu konuda bir yaptırım, bir zorlama olmazsa, süreyansın hiçbir anlamı yok buna dur diyecek birisi yoksa; ya da bir cerrah, cerrahi profilaksi adı altında ameliyat bittikten 4 saat sonra ilk antibiyotiğini verip ve en geniş spektrumlu antibiyotiği 8 gün kullanıyorsa, buna da dur diyecek bir kimse yoksa, o hastanede ne infeksiyon hastalıkları kliniğinin, ne yapılan konsültasyonların, ne infeksiyon kontrol komitesinin hiçbir anlamı yoktur. Bunun için, ikisinin birlikte olmasının gerekli olduğunu savunuyorum.

**Oturum Başkanı:** Buyurun sayın GÜNAYDIN

**Dr. Murat GÜNAYDIN:** Komitenin olmasının hakikaten bir önemi yok, komitenin ruhunun olması gerekiyor. Komite ruhu yakaladıktan sonra birçok sorun, iletişim falan hepsi hallolacaktır diye düşünüyorum.

**Oturum Başkanı:** Buyurun sayın AYTAÇ

**Dr. Jale AYTAÇ:** Ben de bir yanlış anlaşılma olduğu için düzeltmek istiyorum. Benim demin tanımladığım infeksiyon hemşiresi ya da doktoru, alttan alan, yumuşak ve sempatik davranan bir model değil, tam tersine, ben bir profesyonelliği tanımlamaya çalıştım.

**Oturum Başkanı:** Yalnız çok taraftar bulmuştu o fikir.

**Dr. Jale AYTAÇ:** Şunu demek istedim: Duygularından, kızgınlıklarından arınmış, ikisini ayırt edebilen gerçek profesyonel tavırla davranmak; asla, sempati ve alttan almaktan söz etmiyorum, bunun altını çiziyorum; çünkü, o sempatik ilişkiler belki bazı kliniklerde işe yarıyor, ama kime sempati duyacağız, çok göreceli bir şey. O nedenle, çok ciddi, profesyonel bir tavır benim söz ettiğim; hırslarımızı, kızgınlıklarımızı, kavgamızı veya sempatiimizi buna yansıtmamalıyız. Ben onu demek istemiştim. Teşekkür ederim.

**Oturum Başkanı:** Değerli katılımcılar, gördüğünüz gibi, tartışmacılar olayı sizinle birlikte tartıştı. Bir sonuç özeti yapmak gerekirse: İnfeksiyon kontrol komitesinin ne olduğu konusunda bir konsensus var burada. Eğitim konusunda konsensus var. Ancak, nelerin yapılması gerektiği konusunda, buradaki toplumsal dinamiğin, idari sistemin, merkezi sağlık otoritesinin statik bakışının ilerisinde olduğu açıkça belirlendi.

Toplum ihtiyaçlarının çok ivedilikli olduğu anlaşıldı. Bu ihtiyaçlara cevap verecek bir merciin bir an evvel bu işi ele alması gerekliliği tespit edildi.

Buradaki sorunlar, öneriler, hepsi Başkanlık Sekreteryası tarafından not alındı.

Değerli tartışmacı arkadaşlarıma teşekkür ederim.